

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE  
ET DE L'INNOVATION

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE NAZI BONI  
01BP. 1091 Bobo-Dioulasso 01  
Tél. (226) 20 98 06 35 / Fax : (226) 20 98 25 77

**INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES  
DE LA SANTE (IN.S.SA)  
Tél. (226) 20 95 29 90**



Savoir-Excellence-Conscience

**BURKINA FASO**  
Unité-Progrès -Justice

## FORMULAIRE DE CANDIDATURE

**MASTER D'INFORMATIQUE MEDICALE ET SYSTEME  
D'INFORMATION EN SANTE  
(M.IMSIS)**



Année Universitaire **2018-2019**

Date d'inscription : ...../...../.....

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom : ..... Prénom (s): .....

Date de Naissance : ..... Lieu : .....

Profession : .....

Adresse postale : .....

Email : ..... Tél : ..... Fax : .....

**FORMATION UNIVERSITAIRE:**

Année Universitaire	Ecole/Université	Intitulé de la formation	Diplôme obtenu

**FORMATION POST-UNIVERSITAIRE:**

Année postuniversitaire	Ecole/Université	Intitulé de la formation	Diplôme obtenu

**Emploi actuel :** .....

Fonction du Poste: .....

Lieu de travail : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

Type de travail :..... Durée: du..... /.... /..... Au ...../...../.....

Résumé de vos responsabilités et de vos activités : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Emploi précédent** (le dernier poste) : .....

Fonction du poste : .....

Lieu de travail : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

Type de travail : ..... Durée: du..... /..... /..... Au ...../...../.....

Résumé de vos responsabilités et de vos activités : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Votre niveau en Français : Parlé..... Lu..... Ecrit.....

Votre niveau en Anglais : Parlé..... Lu..... Ecrit.....

Disposez-vous d'un ordinateur ? Oui..... Non.....

Avez-vous accès à internet ? Oui..... Non.....

Si vous êtes retenus, qui finance vos frais de formations ?

- Une institution (Précisez).....
- Vous-même .....
- Autres sources de paiement (précisez).....

Je certifie que les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et sincères.

Fait à....., le ...../...../.....

Signature