



## **CENTRE DE FORMATION DES ASSISTANTS DE REGULATION MEDICALE ANTILLES-GUYANE**

### **DOSSIER D'INSCRIPTION A LA SELECTION CFARM – SESSION 2025 CFARM ANTILLES-GUYANE CHU GUADELOUPE**

#### **Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Assistant de Régulation Médicale**

Une seule session de sélection est organisée par année pour le CFARM Antilles Guyane.

*Votre inscription se fera en deux étapes :*

- 1. La sélection sur dossier (lettre de motivation et CV) ; à l'issue de cette phase, les admissibles seront convoqués pour un entretien.*
- 2. Un entretien d'une durée de 20 minutes.*

*Les candidats sélectionnés seront informés par mail.*

***La diffusion du dossier d'inscription ainsi que la liste des pièces à fournir, a pour finalité de vous préparer à vous inscrire, dès que le lien d'inscription sera actif.***

*Votre inscription se fera **EXCLUSIVEMENT par le lien sécurisé** qui sera communiqué sur le site internet :*

- Du Centre Hospitalier de Cayenne**
- Du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique**
- Du Centre Hospitalier Universitaire de Guadeloupe**

Nous vous conseillons d'effectuer les démarches afin d'obtenir votre extrait de casier judiciaire en vue de la complétude de votre dossier.

**Prière de ne pas envoyer de dossier par voie postale, ni vers la boîte mail du cfarm97.**

## PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES À FOURNIR

- ☐ Fiche « Renseignements administratifs » dûment **complétée**, datée et signée
- ☐ Photo d'identité récente **collée à l'emplacement dédié**
- ☐ Curriculum Vitae (CV) **dactylographié**
- ☐ Lettre de motivation manuscrite
- ☐ Copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité
- ☐ Extrait du casier judiciaire, bulletin n°3
- ☐ 100 €

## DOCUMENT SUPPLEMENTAIRE A FOURNIR SELON LA SITUATION DU CANDIDAT

Attention : ne joindre au dossier que les pièces exigées vous concernant

- ☐ Copie du diplôme du baccalauréat ou attestation d'équivalence ou autre diplôme ou titre de niveau 4
- ☐ Pour les candidats non titulaires du baccalauréat ou d'une attestation d'équivalence d'un diplôme ou titre de niveau 4, une attestation de cotisation au régime français au titre d'une activité professionnelle d'une durée de trois ans minimum, à temps plein
- ☐ Pour les candidats ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen autre que la France, une attestation de niveau de langue française B2 et une copie de leur diplôme ou titre le plus élevé, traduit en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34739>)
- ☐ Copie de l'AFGSU pour les candidats titulaires
- ☐ Pour les candidats P.A.R.M/A.R.M. en exercice, joindre à votre dossier le livret de positionnement ci-joint



**DIPLOMES OBTENUS** (Joindre impérativement la copie des diplômes)

Diplôme

Spécialité/filière

Année d'obtention

**ATTESTATION DE FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCES**

(Joindre impérativement la copie du diplôme, si concerné)

AFGSU Niveau 2 :

OUI / NON

N° d'AFGSU :

**SITUATION ACTUELLE**

Employeur actuel :

Fonction

Nom, Adresse et téléphone de l'employeur :

Demandeur d'emploi

Oui, depuis le :  
N° identifiant :

Non

**PUBLICATION DES RESULTATS DE LA SELECTION SUR LE SITE INTERNET DU CFARM97** (loi RGPD du 20 juin 2018) :☐ J'accepte que mon nom soit publié sur la liste des résultats mise en ligne sur le site internet du CHUG.☐ Je refuse que mon nom soit publié sur la liste des résultats mise en ligne sur le site internet du CHUG.

Je soussigné(e), .....atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et la conformité à l'original de l'ensemble des documents joints.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature du candidat :

## **NOTE D'INFORMATION RELATIVE A L'UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES DES CANDIDATS A L'INSCRIPTION A LA FORMATION DES ASSISTANTS DE REGULATION MEDICALE**

Cette note d'information s'adresse aux candidats qui postulent à la formation proposée par le Centre de Formation des Assistants de Régulation Médicale (ci-après dénommé CFARM).

Le CFARM s'engage à garantir la confidentialité, l'intégrité et la sécurité de vos données personnelles.

Les informations personnelles transmises par un candidat sont utilisées au titre des mesures précontractuelles prises par le Centre de Formation (base légale au sens du RGPD) aux fins de gestion de sa candidature à la formation du CFARM, y compris la phase de pré-sélection.

Les données personnelles vous concernant, sont celles que vous nous transmettez à l'occasion de votre candidature :

- dans le formulaire d'inscription
- dans votre curriculum vitae (CV)
- dans votre lettre de motivation
- lors des entretiens
- dans les pièces justificatives et documents supplémentaires fournis par vos soins

Ces données peuvent inclure, sans s'y limiter, vos informations d'identification, vos coordonnées, vos antécédents académiques, vos expériences professionnelles et autres informations pertinentes.

Le traitement de vos données personnelles est nécessaire pour évaluer votre admissibilité à la formation, et pour tout entretien relatif à votre candidature.

### **Qui a accès à vos données personnelles ?**

L'accès à vos données personnelles est strictement limité au personnel habilité du CFARM. Vos données personnelles ne seront pas partagées avec des tiers, sauf si cela est requis par la loi.

### **Quelle est la durée de conservation de vos données ?**

Vos données sont conservées jusqu'à la clôture de la procédure de sélection à la formation d'Assistant de Régulation Médicale.

Si vous êtes admis(e) suite à votre candidature, vos données seront conservées le temps de votre présence au sein du CFARM (certaines informations devront être conservées par le CFARM sur un support d'archive, afin de répondre à ses obligations légales).

Les conditions de traitement des données à caractère personnel des étudiants inscrits au CFARM sont décrites dans le cadre d'une autre information communiquée lors des formalités d'inscription administrative, et disponible sur l'intranet du CFARM.

Si, à l'issue de la phase de pré-sélection, si votre candidature n'est pas retenue, vos données personnelles seront conservées pour une période limitée conformément à la réglementation en vigueur. Vous avez le droit de demander la suppression de vos données personnelles en nous contactant à l'adresse [cfarm97@chu-guadeloupe.fr](mailto:cfarm97@chu-guadeloupe.fr). Nous traiterons votre demande dans les délais requis.

## Quels sont vos droits sur vos données ?

Vous bénéficiez d'un droit d'accès à vos données personnelles, de rectification et d'un droit à la limitation de l'utilisation de vos données, conformément aux dispositions du RGPD.

Pour exercer ces droits, veuillez-vous adresser à la Direction du CFARM à l'adresse suivante :

**CFARM – CHU DE LA GUADELOUPE**  
**BP 465 – Route de Chauvel**  
**97159 POINTE-À-PITRE CEDEX**

ou par mail, à l'adresse suivante : [cfarm97@chu-guadeloupe.fr](mailto:cfarm97@chu-guadeloupe.fr)

En cas de difficultés rencontrées dans l'exercice de vos droits ou pour toute question relative à vos données personnelles, veuillez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) à [dpo@chu-guadeloupe.fr](mailto:dpo@chu-guadeloupe.fr)

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL, en ligne ou par voie postale.

## LE RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE DU TRESOR PUBLIC

La référence du virement :

**Nom Prénom CFARM AG 2025**

**(Nom et Prénom du candidat)**

TRESOR PUBLIC

RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements des quittances, etc...)

Identifiant national de compte bancaire - RIB

| Code banque | Code guichet | N° compte   | Clé |
|-------------|--------------|-------------|-----|
| 10071       | 97100        | 00002005456 | 70  |

| Domiciliation |
|---------------|
| TPBASSETERRE  |

IBAN (International Bank Account Number)

|      |      |      |      |      |      |     |
|------|------|------|------|------|------|-----|
| FR76 | 1007 | 1971 | 0000 | 0020 | 0545 | 670 |
|------|------|------|------|------|------|-----|

| BIC (Bank Identifier Code) |
|----------------------------|
| TRPUFRP1                   |

Titulaire du compte :  
GCS SIMETRICS

CHU 2E ETAGE BAT MATERNITE  
ROUTE DE CHAUVEL  
97139 ABYMES