# 

# Bourses d’Excellence de spécialisation médicale de la Fondation Sonatel

Formulaire de candidature

**ETAT CIVIL**

|  |
| --- |
| M. Mme. Mlle. (entourer la civilité vous concernant)  Nom :  Prénom :  Nom de jeune fille :  Date de naissance :  Lieu de naissance :  Pays de Naissance : |

**ADRESSE DE CORRESPONDANCE**

|  |
| --- |
| Adresse :  Boîte postale : Ville :  Région :  Téléphone Mobile : Fax :  Adresses mail :  Mail 1 :  Mail 2 : |

**CURSUS UNIVERSITAIRE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Diplômes (en commençant par le Baccalauréat)*** | ***Année d’obtention du diplôme*** | ***Nom et lieu de l’Université ou de l’Ecole*** | ***Domaine d’étude ou spécialisation*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SPECIALITE SOLLICITEE :** |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCES PROFESIONNELLES :** |

|  |
| --- |
| ENGAGEMENT A SERVIR LE SENEGAL PENDANT AU MOINS 5 ANS DANS LES ZONES PRIORITAIRES DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L’ACTION SOCIALE ( encadrer votre réponse)    OUI  NON |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Date :**  **SIGNATURE DU CANDIDAT [[1]](#footnote-1)**  **Date :**  **VISA DU SUPERIEUR HIERACHIQUE1** |

1. Signature demandée pour la version papier uniquement [↑](#footnote-ref-1)