

**Sign** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Comment, see attached note**

## DOSSIER DE CANDIDATURE (en caractères d'imprimerie)

_____ Pays _____ (Nom de l'organisation/institution/entreprise)
nomme _____ (nom du (de la) candidat(e))
<b>au programme de Gestion Durable des Forêts et Certification Forestière (65WA), En Suède, 08 – 25 septembre 2008, Dans un pays participant, février/mars 2009</b>
Raisons de la nomination _____ (obligatoire)
_____
_____
Date _____
Signature de l'organisation/institution/entreprise _____

(Si nécessaire/applicable) la nomination est approuvée par (nom de l'autorité consentante) _____ en accord avec la législation locale.
Date _____ Signature de l'autorité _____

<p>Le dossier de candidature doit être remis à l'Ambassade ou au Consulat approprié au plus tard le <b>1<sup>er</sup> mai 2008*</b>.</p> <p>L'Ambassade/Consulat le transmettra au secrétariat de la formation.</p> <p>Si il n'y a ni Ambassade suédoise ni Consulat dans le pays d'origine des candidats, le candidat peut directement remettre son dossier au secrétariat de la formation avant le <b>1<sup>er</sup> mai 2008*</b>.</p> <p>Pour toutes communications, veuillez contacter: Svensk SkogsCertifiering AB Sysslomansgatan 8 SE-753 11 Uppsala Suède Téléphone: +46-18 15 00 02 Téléfax: +46-18 15 00 03 Email: <a href="mailto:klas.bengtsson@ssc-forestry.com">klas.bengtsson@ssc-forestry.com</a> Page web: <a href="http://www.ssc-forestry.com/">http://www.ssc-forestry.com/</a></p>	<table border="1"><tr><td>PHOTO Ne pas coller. Agrafer.</td></tr></table>	PHOTO Ne pas coller. Agrafer.
PHOTO Ne pas coller. Agrafer.		
<p>* Les candidatures reçues après cette date ne seront pas prises en compte.</p>		

## CONTEXTE PERSONNEL

1 Nom de famille	Prénom usuel	Prénom (autre)		
2 Adresse professionnelle	3 Téléphone Professionnel Téléfax E-mail (obligatoire)			
4 Adresse du domicile	5 Téléphone du Domicile Téléphone portable E-mail (personnel)			
6 Nationalité	Date de naissance	Jour	Mois	Année
7 Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin				
8 Nom et adresse de la personne à contacter en cas d'urgence				
Téléphone		E-mail		

9 Formation (en commençant par la plus récente)			
Nom de l'institution et lieu	Matières principales	Années d'étude	Diplômes préparés
10 Liste d'adhésion à des associations professionnelles ou autres activités dans les domaines civils, publics ou internationaux			
11 Liste des publications réalisées (à joindre si approprié)			
12 Précédents séjours à l'étranger (études, missions professionnelles, congrès....)			
Avez-vous précédemment participé à un programme de formation en Suède			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom du programme, année _____			

## EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Pour que votre dossier soit complet, merci de nous fournir les détails de vos missions et responsabilités pour chaque poste occupé

### A. POSTE ACTUEL

Titre de la position	Description des missions et responsabilités
Années de service : de _____ à _____	
Type et niveau d'organisation	
Nom du supérieur (si il y a lieu)	
Nom et adresse de l'organisation	

## B. POSTE PRÉCÉDENT

Titre de la position	Description des missions et responsabilités
Années de service : de                      à	
Type et niveau d'organisation	
Nom du supérieur (si il y a lieu)	
Nom et adresse de l'organisation	

Merci de mentionner brièvement vos motivations pour votre participation à la formation, vos domaines d'intérêts professionnels ainsi que vos attentes par rapport à la formation (joindre une page additionnelle si nécessaire).

## PROJET PILOTE PRÉLIMINAIRE

Merci de décrire votre projet pilote, description comprenant le titre, qui sera mis en place entre les deux périodes de la formation

Ci joint la description du projet (1 à 2 pages)

# RAPPORT MÉDICAL

Je n'ai pas de maladies infectieuses (comme la tuberculose ou un trachome) ou toute autre maladie qui pourrait présenter des risques pour toutes personnes avec qui j'entrerais en contact.

Je n'ai pas de contraintes médicales qui pourraient m'empêcher de suivre une formation loin de mon domicile.

Je suis en bonne santé et ai toutes mes capacités pour travailler

Commentaires :

---

---

## Informations pour tous(tes) les candidat(es) selon l'Acte de la Base de Données Personnelle Suédoise:

Après certificat d'acceptation de votre candidature, les informations personnelles que vous avez fournies dans ce formulaire seront utilisées par les Organismes du Programme. Vos informations personnelles seront également disponibles pour l'Asdi pour utilisation interne. Les données ne seront pas utilisées à d'autres fins. Si vous souhaitez une copie de votre base de données, veuillez contacter Mr. Tomas Törn, ITP, SE-105 25, Stockholm, Suède ou [tomas.torn@sida.se](mailto:tomas.torn@sida.se).

Je certifie par la présente de l'authenticité des informations fournies. Si je suis sélectionné(e) en tant que participant(e), et si je confirme ma participation, je m'engage à être présent(e) à toutes les activités durant la période de formation.

Date \_\_\_\_\_ Signature du (de la) candidat(e) \_\_\_\_\_

Si vous êtes sélectionné(e), vous serez informé(e) par e-mail ou téléfax. Merci de confirmer alors votre participation au programme par e-mail ou téléfax.