

FACULTE DE MEDECINE

**Diplôme Universitaire de Soins Infirmiers en
situation de catastrophe
Année universitaire 2018/2019**

Acte de candidature

NOM :

PRENOM :

DATE de Naissance :

DATE DU D.E. :

Lieu de Travail Actuel :

Hopital

Service

DATE du DUSIU ou du DE d'infirmier anesthésiste :

Formation prise en charge par l'employeur ?

OUI

NON

**Maintiendrez-vous l'inscription si vous n'êtes pas pris
en charge**

OUI

NON

Date et signature :



**CHU
NICE**