



PRÉSENTATION DE CANDIDATURE À UNE RÉUNION

Le gouvernement de

présente la candidature de la personne dont le nom figure ci-dessous à l'événement mentionné ci-dessous organisé dans le cadre du projet de coopération technique

Titre de l'événement :

Code de référence de l'événement :

Lieu :

Dates : YYYY-MM-DD - YYYY-MM-DD

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Tel qu'il apparaît sur votre passeport)

<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Nationalité :
Nom de famille :	Deuxième nationalité (le cas échéant) :
Deuxième nom (le cas échéant) :	Numéro du passeport :
Prénom :	Date de délivrance : YYYY-MM-DD
Date de naissance : YYYY-MM-DD	Lieu de délivrance :
Lieu de naissance :	Date d'expiration : YYYY-MM-DD

2. COORDONNÉES

Nom de l'établissement :
Adresse de l'établissement :
Boîte postale :
Code postal :
Ville :
Pays :
Téléphones (avec code de pays/ville) :
Numéro de téléphone préféré :
Numéro de téléphone alternatif 1 :
Numéro de téléphone alternatif 2 :
Email préféré :
Email secondaire :

Aéroport/ville le/la plus proche de votre résidence :

3. LANGUES ÉTRANGÈRES

Langue maternelle :		Description :	
Langue	Maîtrise de la langue :	TRÈS BIEN (F)	Vous pouvez parler, lire et écrire dans cette langue comme dans votre langue maternelle Vous pouvez facilement participer à des discussions, lire et écrire textes complexes Conversation limitée, vous pouvez lire journaux et correspondance de routine
_____	_____	ASSEZ BIEN (W)	
_____	_____	AVEC	
_____	_____	DIFFICULTÉ (L)	

4. ÉTUDES

Date du début – Date de fin :	YYYY/MM – YYYY/MM
Établissement :	
Ville, pays :	
Titre ou diplôme (obtenu) :	
Matière principale d'étude	
Date du début – Date de fin	YYYY/MM – YYYY/MM
Établissement :	
Ville, pays :	
Titre ou diplôme (obtenu) :	

Matière principale d'étude	
Date du début – Date de fin :	YYYY/MM – YYYY/MM
Établissement :	
Ville, pays :	
Titre ou diplôme (obtenu) :	
Matière principale d'étude	
5. ÉTATS DE SERVICE RÉCENTS	
Travail actuel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date du début – Date de fin :	YYYY/MM – YYYY/MM
Nom de l'institut/établissement :	
Ville, pays :	
Tâches :	
Titre exacte du poste :	
Description des fonctions :	
Travail actuel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date du début – Date de fin :	YYYY/MM – YYYY/MM
Nom de l'institut/établissement :	
Ville, pays :	
Tâches :	
Titre exacte du poste :	
Description des fonctions :	
Travail actuel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date du début – Date de fin :	YYYY/MM – YYYY/MM
Nom de l'institut/établissement :	
Ville, pays :	
Tâches :	
Titre exacte du poste :	
Description des fonctions :	
6. SANTÉ ET RAYONNEMENTS	
Je déclare que je suis en bonne santé, exempt de maladies infectieuses, et je suis physiquement et mentalement apte à suivre l'activité pour laquelle je postule, loin de mon pays. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veuillez indiquer ci-dessous si vous avez une condition médicale ou infirmité qui pourrait limiter votre capacité à suivre l'activité pour laquelle vous postulez	
Un rapport médical de bonne santé signé par un médecin et daté de moins de quatre mois à partir de la date de début de l'évènement doit être soumis : <ul style="list-style-type: none"> • pour tout évènement de plus d'un mois ; • pour tous les candidats de plus de 65 ans quelle que soit la durée de l'évènement. 	
Êtes-vous couvert par un programme de surveillance des rayonnements dans votre pays ?	

<input type="checkbox"/> Oui Veuillez envoyer les enregistrements de dose des cinq dernières années.	<input type="checkbox"/> Non Veuillez envoyer : <ul style="list-style-type: none">• Un rapport médical ou une déclaration personnelle que vous êtes apte à travailler avec des rayonnements ionisants ;• Information sur votre formation en protection radiologique ;• Les enregistrements de dose des cinq dernières années (si disponible).
---	--

Remarques concernant la surveillance de radiation :

7. DESCRIPTION DE VOS ACTIVITÉS

Activités antérieures du (de la) candidat(e) pertinentes à l'évènement :

8. PARTICIPATION ANTÉRIEURE À UNE ACTIVITÉ DE L'AIEA

Avez-vous déjà pris part à une activité de l'AIEA ? Oui Non

Si oui, veuillez décrire ci-dessous chaque activité :

9. DONNEES PERSONNELLES ET DE CONFIDENTIALITE		
<p>Les participants sont informés par la présente que les données personnelles qu'ils soumettent seront traitées conformément à la politique de l'AIEA en matière de données personnelles et de confidentialité et sont collectées uniquement dans le but d'examiner et d'évaluer la candidature et de prendre des dispositions logistiques si nécessaire. De plus amples informations peuvent être trouvées dans l'avis de traitement des données concernant la plate-forme AIEA InTouch+. En signant ce formulaire, je confirme avoir lu et j'accepte l'Avis relatif au traitement des données.</p>		
10. DÉCLARATION DU GOUVERNEMENT		
<p>Le gouvernement qui présente la candidature certifie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • que tous les renseignements fournis par le (la) candidat(e) sont complets et exacts ; • que le gouvernement a pris note que l'institution (ou les institutions) organisatrice(s), le(s) pays hôte(s) et l'institution (les institutions) hôte(s) déclinent toute responsabilité en ce qui concerne le remboursement de frais ou le versement d'une compensation pour endommagement ou perte de biens personnel ou en cas de maladie, blessure, incapacité ou décès du (de la) participant(e) survenant pendant le voyage d'aller et de retour de son domicile au lieu du cours ou pendant la durée de celui-ci, et que c'est au gouvernement qui présente la candidature de prendre en charge la couverture de ces risques ; • que le (la) candidat(e) conservera, pendant son absence, le poste qu'il (qu'elle) occupe actuellement et continuera, pendant la durée de la réunion, de recevoir le traitement et les indemnités y afférents, afin de pouvoir faire face à ses obligations financières dans son pays ; • qu'en cas d'acceptation de sa candidature, l'intéressé se conduira de façon compatible avec son statut de participant et s'abstiendra de toute activité politique ou commerciale ; • qu'il n'a connaissance d'aucun fait concernant la fiabilité et le caractère du (de la) candidat(e) qui justifierait qu'on lui refuse l'accès à des installations ou établissements nucléaires où des rayonnements ionisants sont utilisés. 		
SIGNATURE DU CANDIDAT	NOM DU CANDIDAT	DATE (YYYY-MM-DD)
SIGNATURE DE LA CONTREPARTIE	NOM DE LA CONTREPARTIE	DATE (YYYY-MM-DD)
SIGNATURE DE L'OFFICIER NATIONAL DE LIAISON	NOM DE L'OFFICIER NATIONAL DE LIAISON	DATE (YYYY-MM-DD)

Important : Veuillez joindre une copie de votre passeport (ou d'une autre pièce d'identité si aucun passeport n'existe)!