



IAEA
Agence Internationale
de l'Energie
Atomique



CNESTEN

Le Centre National de l'Energie des Sciences
et des Techniques Nucléaires
Adresse : B.P. 1382 R.P. 10001
Rabat, Maroc
TELEPHONE (+212) 37 81 97 59 ou 50,
FAX: (+212) 37 80 30 67 ou (+212) 37 80 32 77
Point de contact : mellouki@cnesten.org.ma ou
mellouki23@yahoo.fr



DOE
Département de
l'Energie Des Etats
Unis d'Amérique

PRÉSENTATION DE CANDIDATURE À UN SEMINAIRE

Le Gouvernement de

présente la candidature de la personne dont le nom figure ci-dessous au **Séminaire** (indiquer titre, lieu, dates):

<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance:	photographie récente du (de la) candidat(e)
Nom de famille: (comme dans le passeport)		Lieu de naissance:	
Prénom:		Nationalité:	
Adresse complète (bureau):		No. de Passeport:	
Nom de l'Institut:		Date de délivrance:	
Rue:		Lieu de délivrance:	
Boîte Postale: Code Postal:		Valable jusqu'au:	
Ville:		Téléphone (bureau):	
Région/Province:		Téléphone (domicile):	
Pays:		Fax:	
Aéroport/ville à proximité du domicile :		e-mail:	
		Page WEB:	
		No. de téléphone en cas d'urgence:	

ÉTUDE ET DIPLÔMES (à partir de l'école secondaire)

Années d'études		Nom et lieu de l'établissement d'enseignement	Matières étudiées	Diplôme ou titre
de	à			

EMPLOIS OCCUPÉS RÉCEMMENT

Années de service		Nom et adresse de l'employeur/organisation	Désignation de l'emploi	Description succincte de l'activité exercée
de	à			

INTÉRÊT DE LA FORMATION

Comment le gouvernement se propose-t-il de tirer parti de la formation reçue par le (la) candidat(e) pendant le séminaire?

CERTIFICAT MÉDICAL		
Je, soussigné, docteur en médecine, certifie par le présent document avoir examiné le (la) candidat(e) et l'avoir trouvé(e) en bonne santé, exempt(e) de toute maladie infectieuse, physiquement et mentalement apte à faire des études intensives loin de son domicile.		
	Date	Nom (en caractères d'imprimerie) et signature du médecin
DÉCLARATION DU GOUVERNEMENT		
<p>a) Le gouvernement qui présente la candidature certifie que tous les renseignements donnés sur ce formulaire sont complets et exacts;</p> <p>b) Si l'état de santé du (de la) candidat(e) ne correspond pas à l'attestation du médecin qui l'a examiné, le gouvernement qui présente la candidature accepte la responsabilité des conséquences qui peuvent en résulter et prendra à sa charge tous les frais correspondants;</p> <p>c) 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 personnels 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 séminaire 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.</p>		
	Date	Nom et titre (en caractères d'imprimerie), et signature du fonctionnaire compétent