

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE BOURSE

### EN FAVEUR DE LA FORMATION INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE (I.P.A)

#### I. Identité du demandeur

NOM : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....Ville : .....

E-mail : .....@.....

N° de téléphone : .....

#### II. Informations relatives à l'exercice

IDE libéral                       IDE salarié                       IDE Fonction Publique Hospitalière

AUTRE (préciser).....

#### III. Informations relatives au projet professionnel

Formation pratiquée en ZIP                       Formation pratiquée en ZAC

option « pathologie chronique stabilisée »                       Option « psychiatrie et santé mentale »

Projet professionnel portant sur un exercice à venir sur le territoire ardéchois

Aucun accompagnement financier                       Autres financements

(Préciser) .....

Reste à charge après déductions autre(s) financement(s) : ...../ an.....

#### IV. Attestation sur l'honneur/Engagement

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur pratiquer la formation d'Infirmier en Pratique Avancée au titre de la rentrée ...../..... et à ce titre, m'engage à :

- A informer le Département de l'Ardèche ([cellule.sante@ardeche.fr](mailto:cellule.sante@ardeche.fr)) de tout changement de situation notamment relatif à l'abandon de formation ou dans un cas particulier pour lequel l'engagement de servir ne serait pas respecté (dans le cas d'un abandon, le Département de l'Ardèche procéderait alors à la mise en recouvrement des sommes versées à l'intéressé(e)) ;
- A fournir une attestation de passage en année supérieure à la fin de l'année d'étude.

Date et signature du demandeur