



Changement Climatique – Atténuation et Adaption (309b)  
Séminaire de lancement en Afrique de l'Ouest:  
09 au 18 Septembre 2020  
Formation en Suède: du 21 Octobre au 06 Novembre 2020  
Séminaire de clôture en Afrique de l'Ouest: Mai 2021

RESERVE AU SECRETARIAT DU PROGRAMME

Accusé de réception de la candidature::

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Commentaire, voir note attachée

## DOSSIER DE CANDIDATURE

_____ Pays _____ (Nom de l'organisation/institution/entreprise)
désigne _____ (nom du (de la) candidat(e))
<b>au programme Changement Climatique – Atténuation et Adaption (309b). Séminaire de lancement en Afrique de l'Ouest: du 09 au 18 Septembre 2020. Formation en Suède: du 21 Octobre au 06 Novembre 2020. Séminaire de clôture en Afrique de l'Ouest: Mai 2021.</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 _____
<input type="checkbox"/> Candidature commune
Nom(s) et prénom(s) des membres de l'équipe _____
_____

La version électronique du dossier de candidature doit être envoyé au secrétariat du programme au plus tard le **17 Mai 2020**.



SMHI  
Folkborgsvägen 17  
SE-601 76 Norrköping SWEDEN  
Phone: +46 (0)11 495 80 00  
Fax: +46 (0)11 495 80 01  
e-mail: climate\_wa2020@smhi.se  
www.smhi.se/en/itp

Les candidatures reçues  
après le 17 Mai 2020  
ne seront pas prises en compte.

## CONTEXTE PERSONNEL (s.v.p. en lettres capitales)

1. Nom de famille	Prénom usuel	Prénoms (autres)		
2. Adresse du bureau  Ville		3. Téléphone professionnel (code téléphonique du pays)  Téléfax  E-mail (obligatoire)		
4. Adresse du domicile		5. Téléphone du domicile (code téléphonique du pays)  Téléphone portable  E-mail (personnel)		
6. Nationalité	Lieu et 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 (code téléphonique du pays)		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 (ne pas joindre)			
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 (s.v.p. en lettres capitales)

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

### A. POSTE ACTUEL

Poste	Description des missions et responsabilités
Années de service : de _____ à _____	
Type et niveau d'organisation	
Nom du supérieur (le cas échéant)	Description de l'organisation
Nom et adresse de l'organisation	

## B. POSTE PRÉCÉDENT (s.v.p. en lettres capitales)

Poste	Description des missions et responsabilités
Années de service : de                    à	
Type et niveau d'organisation	
Nom du supérieur (le cas échéant)	
Nom et adresse de l'organisation	

Si vous présentez une candidature commune, la raison de postuler de l'équipe doit être indiquée sur une page supplémentaire

## RAISON DE POSTULER (s.v.p. en lettres capitales)

Quelles sont vos motivations pour participer au programme?  
Votre principal domaine d'intérêt dans le programme et ce que ce programme peut vous apporter.  
(continuez sur une page supplémentaire si nécessaire, mais pas plus d'une page).

## PROJET DE TRAVAIL (PT)

Veillez présenter l'idée de votre Projet de Travail (en utilisant le canevas disponible sur le lien: [www.smhi.se/en/itp](http://www.smhi.se/en/itp))

Attacher la description et n'allez pas au delà de 1-2 pages A4 (obligatoire)

## EXIGENCES LINGUISTIQUES

Un certificat de langue n'a pas besoin d'être obtenu si l'une des conditions suivantes est remplie :

Le français est ma langue maternelle ou la langue officielle du pays

Le français est ma langue de travail (veuillez joindre un certificat de la part de vos supérieurs)

J'ai suivi des études supérieures (au moins 6 mois) avec le français comme langue d'enseignement (veuillez joindre une copie du certificat)

Je communique et peux suivre la supervision en Anglais.

# CERTIFICAT DE LANGUE FRANÇAISE

Non requis si l'une des conditions au bas de la page 3 est remplie.

Nom du candidat _____	
<b>COMPRÉHENSION</b>	<b>EXPRESSION ORALE</b>
<input type="checkbox"/> Comprend sans difficulté lorsqu'on lui parle à une vitesse normale	<input type="checkbox"/> S'exprime couramment et avec précision et se fait facilement comprendre
<input type="checkbox"/> Comprend presque tout si on lui parle lentement et clairement	<input type="checkbox"/> S'exprime intelligiblement mais pas couramment et pas toujours avec précision
<input type="checkbox"/> A besoin qu'on lui répète souvent ou qu'on lui traduise des mots ou des phrases	<input type="checkbox"/> S'exprime de manière hésitante et ne trouve souvent pas certains mots ou certaines phrases
<b>LECTURE ET COMPRÉHENSION</b>	<b>EXPRESSION ÉCRITE</b>
<input type="checkbox"/> Lit couramment en comprenant tout	<input type="checkbox"/> Écrit avec aisance et précision
<input type="checkbox"/> Lit lentement, mais comprend presque tout	<input type="checkbox"/> Écrit lentement et avec un niveau de précision moyen
<input type="checkbox"/> Lit avec difficulté et seulement en s'aidant fréquemment d'un dictionnaire	<input type="checkbox"/> Écrit avec difficulté et fait souvent des fautes
Test de langue administré par: _____	
Titre: _____	
Adresse et numéro de téléphone: _____	
Date et signature: _____	

## RAPPORT MÉDICAL

<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de contraintes médicales qui pourraient m'empêcher de suivre une formation loin de mon domicile.
<input type="checkbox"/> Je suis en bonne santé et ai toutes mes capacités pour travailler.
Commentaires : _____
_____
_____
_____
_____

**Information à tous les candidats conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)**  
Une fois que l'admission de votre candidature a été confirmée, les informations personnelles que vous avez fournies dans la candidature seront utilisées par l'organisateur du programme à des fins administratives. Vos données personnelles seront également à la disposition de l'Asdi pour un usage interne et administratif. Elles peuvent également être partagées avec le public conformément au principe de l'accès libre aux informations en Suède. Vous avez toujours le droit de ré accéder à vos données personnelles et même de demander à ce qu'elles soient mises à jours, les retirer ou en restreindre l'accès. Pour plus d'informations sur le RGPD, veuillez visiter notre site [www.sida.se](http://www.sida.se) ou demander de l'aide auprès de l'organisateur du programme.

Je certifie par la présente 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. Merci de confirmer alors votre participation au programme par e-mail.