

DOSSIER DE CANDIDATURE (Si vous écrivez à la main, veuillez utiliser des MAJUSCULES)

_____ pays _____
(Nom de l'organisation/institution/entreprise désignant le (la) candidat(e))

désigne _____
(nom du (de la) candidat(e))

au programme Restauration des forêts contrôlée au niveau local #1FR, pour y participer à raison de 20 % du temps plein de travail au sein de l'organisation désignant le (la) candidat(e), de décembre 2023 à décembre 2024, et confirme que le projet de changement proposé revêt un intérêt pour l'organisation.

Raisons de la nomination (obligatoire) _____

Date _____

Signature de l'organisation/institution/entreprise désignant le (la) candidat(e) _____

(Si nécessaire/applicable)
La nomination est approuvée par (nom de l'autorité consentant _____) en accord avec la législation locale.

Date _____ Signature de l'autorité consentante _____

La candidature doit être envoyée directement au secrétariat du programme, au plus tard le **9 octobre 2023**, par e-mail à **locoforest.apply@skogsstyrelsen.se**.

Les candidatures reçues après cette date ne seront pas prises en compte.

Par ailleurs, tous les candidats doivent obligatoirement avoir suivi la courte orientation LoCoFoRest en ligne, sur www.skogsstyrelsen.se/en/locoforest/fr pour que leur candidature soit valide.

Cochez ici pour confirmer que vous avez suivi l'orientation LoCoFoRest

Imprimez le dossier de candidature rempli. Apposez votre photo et vos signatures, scannez le dossier de candidature et envoyez le fichier du dossier de candidature scanné en pièce jointe d'un e-mail.

PHOTO

(photo facultative)

Direction suédoise des forêts
E-mail : locoforest.apply@skogsstyrelsen.se
www.skogsstyrelsen.se/en/locoforest/fr

DONNÉES PERSONNELLES

Prénom(s) (soulignez le prénom usuel) :	Deuxième prénom :	Nom de famille :
Adresse domicile :	Tél. portable :	
	Tél. bureau :	
	Tél. domicile :	
	E-mail à utiliser pour les communications sur LoCoFoRest :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
Nationalité :	Date de naissance (aammjj) :	
<i>Veillez indiquer les coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence.</i>		
Nom :	Tél. portable :	
Relation avec le (la) candidat(e) :	E-mail :	

FORMATION

Nom de l'institution et lieu	Matières principales	Années d'étude de – à –	Diplômes

Liste d'adhésion à des associations professionnelles ou autres activités dans les domaines civils, publics ou internationaux :

Précédents séjours à l'étranger liés aux domaines professionnels ou d'études du (de la) candidat(e) :

Avez-vous précédemment participé à un programme de formation PIF en Suède?
 oui non Nom du programme, année :

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE : Poste actuel

Nom de l'organisation (y compris département/unité) :		Description de votre travail, y compris vos responsabilités personnelles :
Adresse de l'organisation :		
Type d'organisation : <input type="checkbox"/> Agence gouvernementale <input type="checkbox"/> Société privée <input type="checkbox"/> ONG/OSC <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :		
Intitulé de poste :	Années de service :	
Nom du supérieur :		E-mail du supérieur :
Tél. du supérieur :		Signature du supérieur le plus proche confirmant qu'il (elle) est informé(e)

DOSSIER D'EMPLOI: postes précédents

Nom de l'organisation (y compris département/unité) :		Description de votre travail, y compris vos responsabilités personnelles :
Adresse de l'organisation :		
Type d'organisation : <input type="checkbox"/> Agence gouvernementale <input type="checkbox"/> Société privée/company <input type="checkbox"/> ONG/OSC <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____		
Intitulé de poste :	Years of service:	
Nom du supérieur :		E-mail du supérieur :
Tél. du supérieur :		Signature du supérieur le plus proche confirmant qu'il (elle) est informé(e)

Veuillez indiquer brièvement la raison de votre candidature à ce programme, votre principal domaine d'intérêt dans le programme, et ce que le programme peut vous apporter et peut apporter à votre organisation. (Continuez sur une page supplémentaire si nécessaire, mais pas plus d'une page).

PROJET DE CHANGEMENT

Veuillez donner un titre et une brève description de votre idée de projet de changement. Quel(s) changement(s) vous semble(nt) nécessaire(s) pour permettre la restauration des forêts contrôlée au niveau local ? Objectifs du projet ? Groupe cible/parties prenantes ? Avantages pour l'organisation ? Ajoutez une note si cette idée est aussi celle d'un autre candidat (nom et organisation). (Continuez sur une page supplémentaire si nécessaire, mais pas plus d'une page.) Le Projet de changement doit être entièrement financé. La Direction suédoise des forêts ou l'Asdi ne peuvent pas fournir de fonds pour l'activité du Projet de changement.

DÉCLARATION MÉDICALE ET PRÉFÉRENCES ALIMENTAIRES

- Je n'ai pas de maladies infectieuses (par exemple la tuberculose ou un trachome) ou toute autre maladie qui pourrait présenter des risques pour toutes personnes avec qui j'entrerais en contact.
- Je n'ai pas de contraintes médicales qui pourraient m'empêcher de suivre une formation loin de mon domicile.
- Je suis en bonne santé et ai toutes mes capacités physiques pour travailler.

Indiquez vos préférences alimentaires, le cas échéant (p. ex. végétarien(ne), végan(e), allergies, Halal, etc.) _____

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 ce dossier de 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 le maintien de listes d'anciens élèves. Elles peuvent également être partagées avec le public conformément au principe de l'accès libre aux informations en Suède. Vous avez toujours le droit d'accéder à vos données personnelles et de demander à ce qu'elles soient mises à jour ou supprimées, ou à ce que l'accès en soit restreint. Pour un complément d'informations sur le RGPD, veuillez visiter notre site www.sida.se ou demander de l'aide auprès de l'organisateur du programme.

SIGNATURE DU (DE LA) CANDIDAT(E)

Je certifie que les informations fournies en réponse aux questions ci-dessus sont, à ma connaissance, authentiques, complètes et correctes. Si je suis sélectionné(e) en tant que participant(e), je m'engage à suivre les instructions de l'équipe de gestion du programme durant toute la période du programme de formation.

Date _____

Signature du (de la) candidat(e) _____