****

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE LA QUALIFICATION PROFESSIONNELLE**

*Le candidat doit justifier d'une* ***qualification reconnue équivalente à celles de chef de groupement et de chef de site de SPP***

**Nom et prénom :**

**Date et lieu de naissance :** |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| à

**Adresse postale :**

**Adresse électronique :**  **Téléphone :** |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Employeur et / ou organisme ayant délivré les titres, diplômes ou ayant dispensé les formations | Qualifications obtenues*(intitulé des titres, diplômes obtenus ou de la formation suivie)* | Date de début et de fin de la formation |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Documents à fournir :**

* **Copie des titres, diplômes ou attestations de formation mentionnés dans le tableau ci-dessus ;**
* **Présentation pour chaque titre, diplôme ou attestation de formation : conditions d’accès, objectifs pédagogiques, volumes horaires et contenus des enseignements suivis**

Les documents doivent être rédigés en langue française ; toute traduction doit être certifiée par un traducteur agréé.

Je certifie l’authenticité des informations fournies dans le présent document.

 Le |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| **Signature**