


# Fiche de demande d'inscription au

Diplôme Universitaire d'Infirmière Experte en Urologie (DUIEU) 

## Qualification :

IBODE  CS IBODE  CS  IDE

Service : .....

Nom de l'urologue/Chef du Service : .....

M. , Mme , Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse professionnelle : .....

Téléphone : .....

Télécopieur : .....

Email :

Je suis à jour de ma cotisation à l'Association Française des Infirmiers et Infirmières en Urologie. Oui  Non

J'ai bien noté que si ma demande d'inscription au DIU est retenue, je devrai m'acquitter de la cotisation à l'AFIU, des droits d'inscription à la faculté et des frais pédagogiques chaque année universitaire. Les modalités du règlement me seront adressées lors de la confirmation de ma participation au DIU.

Ci-joint, une lettre de motivation, un curriculum vitae et la lettre de recommandation de l'urologue référent. (3 documents)

Date :                      Signature :

## A retourner avant le 15 septembre 2021

au secrétariat d'Urologie du Pr. 3Chartier-Kastler, - HU Pitié-Salpêtrière, 83, Bd de l'Hopital 75013 Paris - Tél. : 0142177129 Fax : 0142177160 - E-mail : [isabelle.barbera@aphp.fr](mailto:isabelle.barbera@aphp.fr) et [emmanuel.chartier-kastler@sorbonne-universite.fr](mailto:emmanuel.chartier-kastler@sorbonne-universite.fr)

Nous vous rappelons que :

Vos frais d'hébergement et de transport sont à votre charge ou assurés par votre établissement dans le cadre de la formation continue (n° d'agrément 2376P002876),

Les déjeuners du jeudi et vendredi (déjeuners en groupe avec l'ensemble des participants) et les pauses sont prises en charge par l'organisation.

Les dates précises des formations vous seront communiquées après confirmation de votre inscription.

Le DU s'étale sur deux années universitaires (6 modules de 2 jours ou 2,5 jours).