



Ambition Région

**PERFORMANCE
GLOBALE**



La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

ÉLABORER LE DIAGNOSTIC DE MON ENTREPRISE

Dossier de Candidature CFE (Consultant/Formateur/Expert)

Pour le programme :
« ELABORER LE DIAGNOSTIC DE MON ENTREPRISE »
DIAG LABEL IDF

Allotissements

- Lot A : référent généraliste
- Lot B : technologue spécialiste de briques technos IDF
- Lot C : consultant en excellence opérationnelle / benchmarking
- Lot D : superviseur en excellence opérationnelle / benchmarking

Possibilité de répondre à 1 lot ou à plusieurs lots

A – CFE CANDIDAT (la candidature est obligatoirement nominative)

Nom : Prénom :
téléphone portable : mail :

Ancienneté dans la structure actuelle :

Nombre d'années d'exercice de conseil :

en accompagnement de projet industriel :

(éventuellement) Fonction autre que CFE dans la structure :

(éventuellement) Qualification conseil :

B – CABINET, ORGANISME de RATTACHEMENT

Raison sociale : Forme juridique :

Adresse :

Téléphone bureau :

Site internet :

N° d'existence formation :

L'organisme est-il assujéti à la TVA ? OUI NON

Effectifs de la structure en CFE juniors : en CFE seniors :

Nombre d'années d'existence :

Appartenance à un réseau :

CA sur les 3 dernières années :

C – VOTRE FORMATION INITIALE, DIPLOMES

Titre exact formation, diplômes :

Etablissement – lieu :

Date :

Lot A : référent généraliste

D - VOTRE (ou VOS) DOMAINE(S) HABITUEL(S) d'INTERVENTION de CONSEIL en ENTREPRISE
(relatif au CFE et non à l'ensemble de l'organisme)

1 – Votre domaine cœur de compétence d'intervention conseil :	Indus*	Service*	TPE*	PME*	Groupe*
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 – Vos autres domaines de conseil (généraux ou plus spécialisés)					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

La phrase marketing par laquelle vous définissez habituellement votre prestation, votre concept conseil :

Vos modes & pratiques habituels d'intervention (voir indications* ci-dessus pour cocher) :

diagnostic*

auto-diagnostic*

feuille de route*

plan d'actions terrain ciblé*

* habituel = cocher les 2 cases sur rubrique
occasionnel = cocher une seule des deux cases
exceptionnel = pas de croix

E – Les THEMES PRINCIPAUX de FORMATION CONTINUE sur LESQUELS VOUS- MEME INTERVENEZ (en intra ou inter-entreprises)

-

-

-

F – (Eventuellement) VOS INTERVENTIONS en FORMATION INITIALE (Ecoles, Université...)

**G - VOS DERNIERES REFERENCES SIGNIFICATIVES d'INTERVENTION CONSEIL et/ou en FORMATION
CLIENTS DIRECTS**

année	durée	taille entre.	activité de l'entreprise	Nature de la mission, résultats

**H - Vos PRINCIPALES INTERVENTIONS EN CONSEIL et/ou en FORMATION
PROGRAMMES COLLECTIFS**

Expérience conseil dans des programmes collectifs : OUI NON si OUI, indiquez :

année	Programme	structure/organisme client	Nbr de PME	remarques

Lot B : technologue spécialiste de briques technos IDF

D - VOTRE (ou VOS) DOMAINE(S) HABITUEL(S) d'INTERVENTION de CONSEIL en ENTREPRISE
(relatif au CFE et non à l'ensemble de l'organisme)

1 – Votre domaine cœur de compétence d'intervention conseil :	Indus*	Service*	TPE*	PME*	Groupe*
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 – Vos autres domaines de conseil (généraux ou plus spécialisés)					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

La phrase marketing par laquelle vous définissez habituellement votre prestation, votre concept conseil :

Vos modes & pratiques habituels d'intervention (voir indications* ci-dessus pour cocher) :

diagnostic* auto-diagnostic* feuille de route* plan d'actions terrain ciblé*

* habituel = cocher les 2 cases sur rubrique
occasionnel = cocher une seule des deux cases
exceptionnel = pas de croix

E – Les THEMES PRINCIPAUX de FORMATION CONTINUE sur LESQUELS VOUS- MEME INTERVENEZ (en intra ou inter-entreprises)

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

F – (Eventuellement) VOS INTERVENTIONS en FORMATION INITIALE (Ecoles, Université...)

**G - VOS DERNIERES REFERENCES SIGNIFICATIVES d'INTERVENTION CONSEIL et/ou en FORMATION
CLIENTS DIRECTS**

année	durée	taille entre.	activité de l'entreprise	Nature de la mission, résultats

**H - Vos PRINCIPALES INTERVENTIONS EN CONSEIL et/ou en FORMATION
PROGRAMMES COLLECTIFS**

Expérience conseil dans des programmes collectifs : OUI NON si OUI, indiquez :

année	Programme	structure/organisme client	Nbr de PME	remarques

Lot C : consultant en excellence opérationnelle / benchmarking

D - VOTRE (ou VOS) DOMAINE(S) HABITUEL(S) d'INTERVENTION de CONSEIL en ENTREPRISE
(relatif au CFE et non à l'ensemble de l'organisme)

1 – Votre domaine cœur de compétence d'intervention conseil :	Indus*	Service*	TPE*	PME*	Groupe*
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 – Vos autres domaines de conseil (généraux ou plus spécialisés)					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

La phrase marketing par laquelle vous définissez habituellement votre prestation, votre concept conseil :

Vos modes & pratiques habituels d'intervention (voir indications* ci-dessus pour cocher) :

diagnostic*

auto-diagnostic*

feuille de route*

plan d'actions terrain ciblé*

* habituel = cocher les 2 cases sur rubrique
 occasionnel = cocher une seule des deux cases
 exceptionnel = pas de croix

E – Les THEMES PRINCIPAUX de FORMATION CONTINUE sur LESQUELS VOUS- MEME INTERVENEZ (en intra ou inter-entreprises)

-

-

-

F – (Eventuellement) VOS INTERVENTIONS en FORMATION INITIALE (Ecoles, Université...)

**G - VOS DERNIERES REFERENCES SIGNIFICATIVES d'INTERVENTION CONSEIL et/ou en FORMATION
CLIENTS DIRECTS**

année	durée	taille entre.	activité de l'entreprise	Nature de la mission, résultats

**H - Vos PRINCIPALES INTERVENTIONS EN CONSEIL et/ou en FORMATION
PROGRAMMES COLLECTIFS**

Expérience conseil dans des programmes collectifs : OUI NON si OUI, indiquez :

année	Programme	structure/organisme client	Nbr de PME	remarques

Lot D : superviseur en excellence opérationnelle / benchmarking

D - VOTRE (ou VOS) DOMAINE(S) HABITUEL(S) d'INTERVENTION de CONSEIL en ENTREPRISE
(relatif au CFE et non à l'ensemble de l'organisme)

1 – Votre domaine cœur de compétence d'intervention conseil :	Indus*	Service*	TPE*	PME*	Groupe*
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 – Vos autres domaines de conseil (généraux ou plus spécialisés)					
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

La phrase marketing par laquelle vous définissez habituellement votre prestation, votre concept conseil :

Vos modes & pratiques habituels d'intervention (voir indications* ci-dessus pour cocher) :

diagnostic*

auto-diagnostic*

feuille de route*

plan d'actions terrain ciblé*

* habituel = cocher les 2 cases sur rubrique
occasionnel = cocher une seule des deux cases
exceptionnel = pas de croix

E – Les THEMES PRINCIPAUX de FORMATION CONTINUE sur LESQUELS VOUS- MEME INTERVENEZ (en intra ou inter-entreprises)

-

-

-

F – (Eventuellement) VOS INTERVENTIONS en FORMATION INITIALE (Ecoles, Université...)

**G - VOS DERNIERES REFERENCES SIGNIFICATIVES d'INTERVENTION CONSEIL et/ou en FORMATION
CLIENTS DIRECTS**

année	durée	taille entre.	activité de l'entreprise	Nature de la mission, résultats

**H - Vos PRINCIPALES INTERVENTIONS EN CONSEIL et/ou en FORMATION
PROGRAMMES COLLECTIFS**

Expérience conseil dans des programmes collectifs : OUI NON si OUI, indiquez :

année	Programme	structure/organisme client	Nbr de PME	remarques

A RENSEIGNER QUELQUE SOIT LE/LES LOT(S)

I – RESUMEZ VOTRE EXPERIENCE PASSEE PRECEDANT VOTRE ACTIVITE DE CFE

date	entreprise	activité de l'entreprise	Effectif	fonction, poste occupés

J – (éventuellement) VOS SOUHAITS/DOMAINES DE SPECIALISATION PARTICULIERS

K – VOS MOTIVATIONS de PARTICIPATION au PROGRAMME DIAG LABEL IDF

L – TARIFICATION €/JOUR :

Date de renseignement du dossier de candidature, signature et cachet :

Document à retourner uniquement par courrier

(date limite : LE VENDREDI 02 juillet 2020 – (cachet de la poste faisant foi) à l'adresse suivante :

**Cetim
Programme DIAG LABEL IDF
25 avenue des Arts
BP 32027
69616 VILLEURBANNE Cedex**

Le consultant et son organisme certifient l'exactitude des informations mentionnées dans ce document

A l'exception des questions mentionnées « facultatif », les autres questions doivent être obligatoirement renseignées pour que le dossier soit pris en considération. Un défaut de réponse aurait pour conséquence d'écartier automatiquement la candidature.

Renseigner le document.

Il est demandé de ne pas dépasser le nombre de lignes prévu initialement dans la mesure du possible ou tout du moins de veiller à la mise en page.

Conformément à la loi « informatique et libertés » 78-17 du 6 janvier 1978, vous êtes informés que les données personnelles du présent dossier de candidature seront utilisées dans le cadre exclusif du dispositif « DIAG LABEL IDF », pour la sélection puis l'agrément des consultants pouvant intervenir dans ce Programme.

L'agrément est délivré nominativement, par un comité de sélection, suivant les modalités précisées dans le document CAHIER DES CHARGES : Prestation de consulting pour « ELABORER LE DIAGNOSTIC DE MON ENTREPRISE » (DIAG LABEL IDF) Seuls des consultants préalablement agréés peuvent être mobilisés pour intervenir dans le Programme « DIAG LABEL IDF ».

Les membres du comité de sélection CFE, les chefs de projet, qui ont accès à ce document, s'engagent à la confidentialité des informations mentionnées.

Vous disposez, pour la durée du dispositif « DIAG LABEL IDF », sur justification de votre identité, d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données vous concernant. Pour exercer ce droit, il convient de vous adresser au responsable du traitement des données : Frédéric DESCAVES – Cetim.