Dossier de candidature

« Consultant » / « Formateur »

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de renseignement du dossier de candidature : | | |  |
| Nom du consultant : |  | Nom du cabinet : |  |

Candidate pour intervenir (cocher autant de cases que souhaité) :

|  |  |
| --- | --- |
| L1 : Marketing de l’innovation | C1 : Prospective / Stratégie |
| L2 : Management « traditionnel » du projet d’innovation | C2 : New Business Models |
| L2bis : Management « agile » du projet d’innovation | C3 : Organisation de l’innovation |
| L3 : Créat’Inn© : générer des idées de rupture | en collectif : formations, ateliers… |

|  |
| --- |
| **A - CONSULTANT CANDIDAT** (la candidature est obligatoirement nominative) |
| Nom : Prénom :  Adresse :  CP : - Ville :  Tel fixe : Tel portable :  Mail : Age : |
| Statut : (1) Indépendant  / (2) Appartenant à une structure  / (3) Autre situation :  Si (2), ancienneté dans la structure actuelle :  Nombre d’années d’exercice de conseil : en conseil innovation :  *(Éventuellement)* Fonction autre que consultant dans la structure :  *(Éventuellement)* Qualification conseil : |
| Tarification habituelle de la journée d’intervention conseil (moyenne ou fourchette) :  Les modalités du programme – financières et d’intervention –sont-elles compatibles avec un engagement de votre qualité d’intervention OUI  NON |

|  |
| --- |
| **B - CABINET, ORGANISME de RATTACHEMENT** |
| Raison sociale : Forme juridique :  SIRET ou SIREN :  Adresse (si différent de A) :  Téléphone bureau (si différent de A) :  Site internet :  N° d’existence formation :  L’organisme est-il assujetti à la TVA ? OUI  NON  Effectifs de la structure en consultants juniors : en consultants seniors :  Nombre d’années d’existence :  Appartenance à un réseau : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C - VOTRE FORMATION INITIALE et DIPLOMES OBTENUS** | | |
| Titre exact formation, diplômes | Etablissement – lieu | Date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **D - RESUMEZ VOTRE EXPERIENCE en ENTREPRISE (industrielle ou de service) PRECEDENT VOTRE ACTIVITE de CONSEIL** | | | | |
| Date | Société | Activité de la société | effectifs | Fonction occupée |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **E - VOS REFERENCES d’INTERVENTION en PROGRAMMES COLLECTIFS** | | | | | |
| Expérience en conseil\* dans des programmes collectifs : NON  OUI  Si OUI, précisez :  Expérience en formation\*\* dans des programmes collectifs : NON  OUI  Si OUI, précisez : | | | | | |
| Année | Programme | Structure cliente | \*Nb de PME accompagnées | \*\*Nb de sessions de formation | Remarque |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **F - VOTRE (ou vos) DOMAINE(S) HABITUEL(S) d’INTERVENTION de CONSEIL en ENTREPRISE (relatif au consultant et non à l’ensemble de l’organisme)** | |
| 1 – Votre domaine cœur de compétence en conseil |  |
| 2 – Vos autres domaines de conseil (généraux ou plus spécialisés) |  |
|  |
|  |
| La phrase marketing par laquelle vous définissez habituellement votre prestation, votre concept d’intervention conseil : | |
| Vos modes et pratiques habituels d’intervention  (Pratiques **habituelles** : cocher les 2 cases / **occasionnelles** : cocher une seule case / **exceptionnelles** : pas de croix)  Coaching\* :  Diagnostic\* :  Plan de progrès (entreprise/organisation) \* :  Action terrain ciblée (accompagnement de projet/produit) \* :  Formation-action\* :  Autres (éventuel) :  Commentaires : | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **G - VOTRE (ou vos) CIBLE(S) HABITUELLE(S) d’INTERVENTION de CONSEIL** | | | | | | | |
| \*Cocher 2 cases pour les types de clients qui vous sont **habituels** / 1 seule case pour les types de clients qui vous sont **occasionnels** / pas de croix pour les types de clients **exceptionnels** | Indus BtoB | Indus BtoC | Service | Startup | TPE/ PME | ETI | Groupe |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **H - VOS REFERENCES d’INTERVENTION en FORMATION CONTINUE et INITIALE (hors §E)** | | | |
| Effectuez-vous des interventions :   * En FORMATION CONTINUE OUI  NON  Si oui, précisez : * En FORMATION INITIALE (Ecoles, universités…) OUI  NON  Si oui, précisez : | | | |
| **Nature et thème de formation** | Organisme client | Année | Nb jours |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I - VOTRE VOLUME D’ACTIVITE sur les 3 DERNIERES ANNEES** (relatif au consultant et non à l’ensemble de l’organisme) | | | |
| Volume d’activité en journée d’intervention | 2019 | 2018 | 2017 |
| **En conseil (total journées de conseil)** |  |  |  |
| Dont conseil en lien avec l’Innovation, le développement d’une nouvelle offre / d’un nouveau produit |  |  |  |
| Commentaires : | | | |
| **En formation (total journées)** |  |  |  |
| Dont formation en lien avec l’Innovation, le développement d’une nouvelle offre / d’un nouveau produit |  |  |  |
| Commentaires : | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **J -** (facultatif) **VOS SOUHAITS PARTICULIERS (limites géographiques, nombre d’entreprises, secteur d’activité…)** | | | | | | | | | | | | |
| Cocher la case si vous souhaitez intervenir sur ce département | 01 | 03 | 07 | 15 | 26 | 38 | 42 | 43 | 63 | 69 | 73 | 74 |
| Concernant les interventions de conseil |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Concernant les interventions de formation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Précisez les éventuels secteurs d’activités à privilégier : | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **K - VOS MOTIVATIONS de PARTICIPATION au PROGRAMME INNOVATION PME® et COMPATIBILITE DE VOTRE PARTICIPATION AVEC L’ENSEMBLE DE VOTRE ACTIVITE** |
|  |

|  |
| --- |
| **L -** (facultatif) **REMARQUES** |
|  |

(Remplir autant de feuillets que d’options choisies)

Vous postulez pour intervenir dans le dispositif INNOVATION PME®

en CONSEIL sur l’option Choisissez un élément.

|  |
| --- |
| **M - EXPERTISE sur l’option choisie** |
| Au regard de l’option choisie, DE FACON SYNTHETIQUE, Explicitez :  1 – Votre expertise (éventuellement des cibles particulières), vos arguments, votre approche  2 – Les fondamentaux essentiels, les pratiques principales que vous considérez dans vos interventions |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N - VOS DERNIERES REFERENCES SIGNIFICATIVES d’INTERVENTION CONSEIL sur l’option choisie** | | | | |
| Année | Durée calendaire et Nb jours | Taille entreprise | Activité de l’entreprise | Nature du conseil, résultats |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **O - REMARQUES SUCCINCTES** |
|  |

Vous postulez pour intervenir dans le dispositif INNOVATION PME®

en FORMATION

Vos expertises seront évaluées au travers des paragraphes E, G et H.

|  |  |
| --- | --- |
| **P - Les FORMATIONS utiles dans le cadre d’un tel programme** | |
| Selon vous, quel seraient les pré-requis ou compléments à vos interventions conseil que les entreprises devraient acquérir en collectif (formations, ateliers…) dans le cadre d’un programme centré sur le Management de l’Innovation ? | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Q - Vos Interventions (FORMATION / ATELIERS) potentielles** | | | |
| Parmi les domaines cités ci-dessus, sur lesquels disposez-vous d’une expertise en formation inter-entreprises et/ou animation d’ateliers ?  \* Format : Formation ou atelier / Cibles : Stratup, TPE, PME, ETI | | | |
| Intitulé | Format\* | Durée idéale | Cibles\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |