

Dossier d'inscription

au titre de la Formation Continue

[A retourner](#)

UFR35 – PHARMACIE
Service Formation Continue & Alternance (F.C.A.)
formation-pharma-continue@univ-lille.fr

ACTION DE FORMATION (E.P.U. – A.U.E.C. – F.C.) :

Intitulé de la formation :

STAGIAIRE ÉTAT-CIVIL :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :
Prénom :

Nom marital :

Date de naissance :
Pays :

Lieu de naissance :
Nationalité :

Adresse personnelle :

N° Téléphone :

Adresse e-mail personnelle* et unique pour accès Moodle (Obligatoire) :

(*) : 1 inscrit = 1 adresse mail

SITUATION PROFESSIONNELLE :

☐ En activité ☐ Fonction ou grade :

Pour les Pharmaciens :

☐ Titulaire ☐ Adjoint
N° RPPS (Obligatoire) :

☐ Hospitalier ☐ Biologiste
N° ADELI :

☐ Autres :

☐ Sans emploi ☐ Demandeur d'emploi inscrit à FRANCE TRAVAIL depuis le
(Joindre l'avis de situation FRANCE TRAVAIL)

Adresse professionnelle :

N° Téléphone :

Montant : €uros

Fait à , le

Signature :

(A remplir par l'organisme ou par l'employeur s'engageant à prendre en charge les droits d'inscription)
Montant : €uros

Forme juridique : ☐ Privé ☐ Public

Affaire suivie par :

Fait à _____, le _____ Fait à _____, le _____
Signature du stagiaire : _____ Signature Etablissement et cachet : _____

N° de référencement au Datadock : 57856