

## Fiche d'inscription aux formations continues du CFPP

**Quel est l'intitulé de la formation pour laquelle vous postulez ?**

---

La formation se fera :  Sur le temps de travail  Hors temps de travail

### Informations du salarié

---

Nom de naissance :

Nom d'époux/d'épouse / Nom d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Âge :

Sexe :  M  F

Nationalité :

Pays de naissance :

Département de naissance :

Ville de naissance :

Adresse personnelle :

Ville :

Code Postal :

Portable :

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Diplôme :  Préparateur en Pharmacie  Pharmacien Adjoint  En attente de diplôme

Situation professionnelle :  CDI  CDD  En recherche d'emploi

Si CDI ou CDD, indiquer la date d'embauche :

Si CDI ou CDD, indiquer le salaire horaire brut (charges patronales comprises) :

### Informations de l'employeur

---

Nom et prénom du titulaire :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Portable :

N° SIRET :

Nombre de salariés :

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

J'autorise Mme/M. \_\_\_\_\_ à suivre la formation.

Fait à \_\_\_\_\_ à la date du \_\_\_\_\_

Signature de l'employeur :

Cachet de l'entreprise :