

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) :

N° de Sécurité sociale :

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 :

- **Documents à fournir : Copie du diplôme et une pièce d'identité en cours de validité**
- **Nous expliquer en quelques lignes vos motivations pour suivre cette formation**

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 :