FICHE D'INSCRIPTION AUX FORMATIONS CONTINUES DU CFPP

CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE DE LA PHARMACIE DE PARIS ÎLE-DE-FRANCE

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 DE L'EMPLOYEUR

NOM ET PRÉNOM DU TITULAIRE: .....

RAISON SOCIALE : .....

ADRESSE : .....

VILLE : ..... CODE POSTAL : .....

PORTABLE : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... E-MAIL : .....@.....

N° SIRET : ..... NOMBRES DE SALARIÉS : .....

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 : ..... **DÉPARTEMENT DE NAISSANCE :** .....

PAYS DE NAISSANCE : ..... **VILLE DE NAISSANCE :** .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

VILLE : ..... **CODE POSTAL :** .....

PORTABLE : ..... /..... /..... / ..... / ..... **E-MAIL :** .....@.....

DIPLÔME : ☐ Préparateur en pharmacie ☐ Pharmacien adjoint ☐ En attente de dîplome

QUELS SONT VOS OBJECTIFS EN RÉALISANT CETTE FORMATION ?

.....

.....

SITUATION PROFESIONNELLE : ☐ CDI* ☐ CDD*

**SI CDI OU CDD , INDIQUER LA DATE D'EMBAUCHE :* .....

- Documents à fournir : copie du diplôme et une pièce d'identité en cours de validité

AVEZ-VOUS DES BESOINS SPÉCIFIQUES LIÉS À UNE SITUATION DE HANDICAP ?

☐ OUI ☐ NON

J'AUTORISE MME / M. ..... À SUIVRE LA FORMATION

FAIT À ..... **À LA DATE DU ..... /..... /.....**

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR : **CACHET DE L'ENTREPRISE:**