

## DOSSIER D'INSCRIPTION EN FORMATION CONTINUE

Année Universitaire 2023 / 2024

### DIPLOME UNIVERSITAIRE

### APPRENTISSAGE ET PRATIQUE DE L'ANALYSE BIO-INFORMATIQUE

Une fois votre candidature acceptée par la responsable pédagogique, veuillez compléter lisiblement ce dossier et le retourner au format PDF (pas de photo) uniquement par mail à [fc.pharmacie@universite-paris-saclay.fr](mailto:fc.pharmacie@universite-paris-saclay.fr)

#### ETAT CIVIL

Monsieur  Madame

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM MARITAL : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... A : ..... Pays : .....

Nationalité : .....

#### COORDONNEES

Adresse postale : .....

Tél. mobile : ..... Adresse mail : .....

Tél. professionnel : ..... Adresse mail : .....

#### DIPLOME VISE

DU/ DIU

MASTER

#### PROFESSION

Pharmacien d'officine titulaire

Pharmacien d'officine adjoint

Pharmacien hospitalier

Préparateur en pharmacie

Cadre dans le secteur privé

Cadre dans le secteur public

Autre : *précisez*

#### FINANCEMENT(S) DE VOTRE FORMATION

1/ Soit : INDIVIDUEL

2/ Soit : EMPLOYEUR (*Raison sociale*) .....

Adresse postale : .....

N° SIRET : .....

Nom du Contact : ..... Mail : ..... Tél : .....

3/ Soit : ORGANISME FINANCEUR (*Raison sociale*) .....

Adresse postale : .....

.....  
N° SIRET : .....  
Nom du Contact : ..... Mail : ..... Tél : .....

4/ **Soit : EMPLOYEUR + ORGANISME FINANCEUR**

**ATTENTION : La demande de prise en charge à l'Organisme financeur est à effectuer par l'employeur**

**Si vous êtes inscrit à POLE EMPLOI**

Adresse postale : .....

Nom du Conseiller : ..... Mail : .....

Votre N° d'Identifiant : .....

## STATUT

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Particulier inscrit à votre initiative   | <input type="checkbox"/> Salarié Plan de formation                     |
| <input type="checkbox"/> Salarié sous Contrat de professionnalisation   | <input type="checkbox"/> CPF ( <i>uniquement pour les Masters*</i> )   |
| <input type="checkbox"/> CPF de Transition (anciennement FONGECIF)<br>( <i>uniquement pour les Masters*</i> ) | <input type="checkbox"/> Autre catégorie fonction libérale, commerçant |
| <input type="checkbox"/> Autre : <i>précisez</i> .....  |  |

### \* A NOTER :

**Nos DU et DIU ne sont pas éligibles au CPF (Compte Personnel de Formation) car non enregistrés au Répertoire Spécifique. Seuls nos Masters et Licences sont enregistrés au RNCP et éligibles au CPF**

## DERNIER DIPLOME OBTENU

- Doctorat
- BAC
- BAC+2 : *précisez* .....
- BAC+3 : *précisez* .....
- BAC+4 : *précisez* .....
- BAC+5 : *précisez* .....
- Diplôme étranger *précisez diplôme et niveau* .....
- Autre : *précisez* .....

## DANS QUEL SECTEUR D'ACTIVITE TRAVAILLEZ-VOUS

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Industrie chimique            | <input type="checkbox"/> Recherche et Développement | <input type="checkbox"/> Administration publique | <input type="checkbox"/> Santé et action sociale |
| <input type="checkbox"/> Autre : <i>précisez</i> ..... |   |  |  |

## CONNAISSANCE DE CETTE FORMATION

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Site internet de la Faculté de Pharmacie                                 | <input type="checkbox"/> Site internet de l'Université Paris-Saclay |
| <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux (Linkedin, Twitter, Facebook...) : <i>précisez</i> ..... |   |
| <input type="checkbox"/> Bouche à oreilles/Réseau : <i>précisez</i> .....                         | <input type="checkbox"/> Autre : <i>précisez</i> .....              |

Fait à : ..... Le : ..... **SIGNATURE**

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Photo d'IDENTITE récente,
- Règlement Intérieur daté et signé avec la mention « Lu et approuvé »,
- Concerne uniquement les Master 2 en Contrat de Professionnalisation :  
Copie du formulaire CERFA établi par l'entreprise complété et signé par l'employeur et vous-même  
A nous fournir au plus vite
- Copie de la prise en charge financière de l'organisme financeur