

## DOSSIER D'INSCRIPTION EN FORMATION CONTINUE

Année Universitaire 2023 / 2024

DIPLOME UNIVERSITAIRE

PREPARATION A L'EXERCICE OFFICINAL

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 : .....

### DU PREPARATION A L'EXERCICE OFFICINAL

Pour obtenir le DU en totalité : 1 042 heures

4 Modules d'Enseignement : 132 heures + 1 Stage obligatoire en officine : 910 heures

Module 1 : Etude et Exécution de l'ordonnance : 32 heures

Module 2 : Médication officinale et premier recours : 33 heures

Module 3 : Législation pharmaceutique et droit social : 27 heures

Module 4 : Gestion de l'officine entreprise : 40 heures

Un ou plusieurs des 4 modules d'Enseignement choisis : précisez

Mod. 1 (32h)

Mod. 2 (33h)

Mod. 3 (27h)

Mod. 4 (40h)

Stage en officine (910h)

### 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

- Particulier inscrit à votre initiative
- Salarié sous Contrat de professionnalisation
- CPF de Transition (anciennement FONGECIF)  
(*uniquement pour les Masters\**)
- Autre : *précisez*.....
- Salarié Plan de formation
- CPF (*uniquement pour les Masters\**)
- Autre catégorie fonction libérale, commerçant

### \* 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

- Industrie chimique
- Recherche et Développement
- Administration publique
- Santé et action sociale
- Autre : *précisez*.....

## CONNAISSANCE DE CETTE FORMATION

- Site internet de la Faculté de Pharmacie
- Réseaux sociaux (Linkedin, Twitter, Facebook...) : *précisez*.....
- Bouche à oreilles/Réseau : *précisez*.....
- Site internet de l'Université Paris-Saclay
- Autre : *précisez*.....

Fait à :.....Le :.....**SIGNATURE**

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Photo d'IDENTITE récente,
- Règlement Intérieur daté et signé avec la mention « Lu et approuvé »,
- Copie de la prise en charge financière de l'organisme financeur : A nous fournir au plus vite