



# Dossier d'inscription au titre de la Formation Continue

Année  
Universitaire  
2018-2019



À retourner à :

FACULTÉ DE PHARMACIE DE LILLE  
Département de Formation Pharmaceutique Continue (D. F. Ph. C.)  
3, Rue du Professeur Laguesse – B.P. 83 – 59006 LILLE Cédex

## ACTION DE FORMATION :

Intitulé : A.U.E.C. « CERTIFICATION DE FORMATION AU REQUÊTAGE ET À L'ANALYSE DE DONNÉES DANS LE CONTEXTE DE L'INFORMATION MÉDICALE » (4 jours)

Droits d'inscription :  600,00 €

(Joindre au dossier, le règlement par chèque à libeller à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université de Lille)

## STAGIAIRE ÉTAT-CIVIL :

Madame  Monsieur

Nom de naissance : ..... Nom marital : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! Lieu de naissance : ..... ! ! ! Pays : .....

Adresse personnelle : .....

! ! ! ! ! ! ! ! ! !

↪ N° Téléphone domicile : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ↪ N° Téléphone mobile : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

↪ Adresse e-mail personnelle\* et unique pour accès Moodle (Obligatoire) : .....

(\*) : 1 inscrit = 1 adresse mail

## SITUATION PROFESSIONNELLE :

En activité Fonction ou grade : ..... Ancienneté : .....

### Pour les Pharmaciens d'Officine :

Titulaire  Adjoint

N° RPPS (Obligatoire) : ..... N° ADELI : .....

Sans emploi  Demandeur d'emploi inscrit à PÔLE EMPLOI depuis le ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

Adresse d'exercice principal : .....

! ! ! ! ! ! ! ! ! !

↪ N° Téléphone : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ↪ N° Fax : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

## FINANCEMENT DE LA FORMATION À TITRE INDIVIDUEL : À remplir par le stagiaire finançant personnellement la formation

Paiement par chèque Montant : ..... Euros

➤ Le stagiaire s'engage à prendre en charge les frais de formation et à en effectuer la totalité du règlement avant la fin de la session.

Fait à ....., le .....

Signature : .....

## PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR : À remplir par l'employeur finançant la formation

Paiement par chèque  Paiement par virement bancaire Montant : ..... Euros

Raison sociale et adresse du contractant : .....

! ! ! ! ! ! ! ! ! !

N° SIRET (obligatoire) : ..... Code APE : ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

Affaire suivie par : ..... Adresse e-mail : .....

Fait à ....., le .....

Signature du stagiaire : ..... Fait à ....., le .....

Signature et cachet : .....

## PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME :

Demande de prise en charge FIF-PL : Paiement de l'inscription à retourner à la Faculté de Pharmacie (D.F.Ph.C.)

Demande de prise en charge ACTALIANS : Paiement de l'inscription à retourner à la Faculté de Pharmacie (D.F.Ph.C.)

Autres : .....

## PIÈCES À JOINDRE :

- Copie de la carte d'identité
- Copie du Diplôme d'État de Pharmacien **ou** Copie du Diplôme ou titre professionnel le plus élevé
- Lettre de Motivation + C.V.

N.B. : La facture sera adressée directement à l'organisme payeur

- En cas de modification de la situation du salarié (licenciement, démission...), le stagiaire s'engage à prendre en charge les frais de formation au prorata des heures effectuées.
- La totalité des droits reste perçue en cas d'annulation d'inscription après le début des enseignements.
- En cas d'inscriptions en nombre insuffisant, le cycle de formation sera reporté à une année ultérieure.

**N° de Déclaration d'existence : 32 59 09494 59**

**N° SIRET : 130 023 583 00144**