

CANDIDAT(E)

Nom : .....

Prénoms : .....

Né(e) le ..... à .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Email : .....

Téléphone .....

N° de sécurité sociale : .....

Personne à contacter en cas d'urgence (Nom/Prénom + tél + lien parenté) :

Avez-vous des besoins d'adaptation spécifiques de la formation ? ☐ oui ☐ non

Situation actuelle

☐ Salarié d'une pharmacie, précisez le type de contrat : .....

EMPLOYEUR

Nom & Prénom du titulaire : .....

Raison sociale de l'entreprise : .....

N° Siret : ..... Code NAF : .....

Adresse de l'officine : .....

.....

Tél : .....

Email : .....

Je soussigné(e) ..... atteste par la présente, donner l'accord  
pour que le/la candidat(e) suive la formation au CQP de dermo cosmétique pharmaceutique avec pour  
dispositif : ☐ contrat de professionnalisation

☐ plan de développement des compétences de l'officine

☐ période de reconversion

Signature + date + cachet de l'entreprise