

Tarif

5250 € net, le parcours complet
En cas d'inscription groupée au
sein d'une institution égale ou
supérieure à 5 personnes, le tarif
est réduit à 3000€ par personne.

Comment candidater ?

Retournez ce bulletin rempli et
signé par e-mail à :
candidaturefc@ehesp.fr

1 bulletin de candidature par formation et par personne

L'EHEP est organisme de
formation enregistré sous le
n° 53 35 09162 35

Cet enregistrement ne vaut pas
agrément de l'Etat

Organisme enregistré par l'Agence
nationale du DPC N° 2371

Les personnes en situation de
handicap souhaitant bénéficier
d'un accueil spécifique peuvent
s'adresser par e-mail à :
referent-handicap@ehesp.fr

La signature de ce bulletin vaut
acceptation sans réserve des
conditions générales de vente
accessibles sur notre site internet
ou notre catalogue en vigueur.

Conformément à la loi
«informatique et libertés» du 6
janvier 1978 et au RGPD 2016/679 du
27 avril 2016 vous bénéficiez d'un
droit d'accès et de rectification aux
informations qui vous concernent.
Vous pouvez également, pour des
motifs légitimes, vous opposer
au traitement des données vous
concernant. Si vous souhaitez
exercer ce droit et obtenir
communication des informations
vous concernant, veuillez-vous
adresser par e-mail à
fc-communication@ehesp.fr

École des hautes études
en santé publique
15 avenue du Professeur-Léon-
Bernard 35043 Rennes

Bulletin de candidature

Diplôme d'établissement francophone - Inspecteur en Santé (DEF-IS)

**Je candidate au parcours complet et je précise la spécialisation
que je choisis :**

- ☐ Inspecter dans le champ pharmaceutique (international)
Du 26/11/2027 au 28/01/2028
- ☐ Inspecter dans le champ médical (international)
Du 26/11/2027 au 28/01/2028

Joindre votre CV justifiant d'une expérience minimale en inspection de 3 ans
à votre bulletin de candidature

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance :

E-mail (obligatoire) :

Fonction/profession :

Nom de l'établissement :

Statut juridique de l'établissement : ☐ Public ☐ Privé

N° de SIRET : Code APE :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Nom et prénom de votre responsable formation :

E-mail (obligatoire) :

Adresse de facturation (si différente de l'établissement) :

Code postal : Ville :

Financier (si différent de l'employeur) :

Adresse :

Code postal : Ville :

- ☐ J'accepte d'être informé(e) par
e-mail des actualités de la formation
continue de l'EHEP, conformément à
notre [politique de confidentialité](#)

Fait le
Signature du demandeur

Questionnaire

Recueil des attentes du candidat

Afin de nous assurer que cette formation réponde au mieux à vos attentes, nous aimerions en savoir plus sur vos objectifs.

Nous vous invitons à remplir le questionnaire et nous le retourner avec votre candidature.

Nom : Prénom :

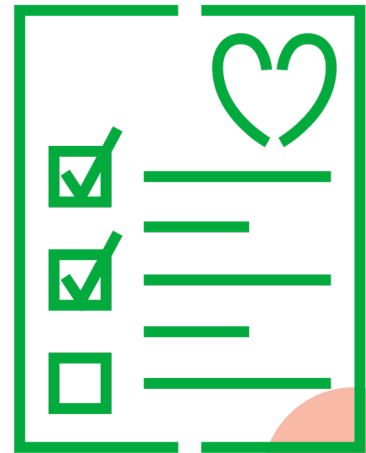
Formation choisie :

1. Suivez-vous cette formation :

- ☐ à votre initiative
- ☐ à l'initiative de votre employeur
- ☐ dans une démarche de co-construction avec votre employeur

2. Quel est votre objectif en suivant cette formation ?

- ☐ être sensibilisé sur le thème traité
- ☐ renforcer mon expertise
- ☐ réaliser de nouvelles activités / diversifier mes missions
- ☐ faire évoluer mes pratiques professionnelles
- ☐ évoluer vers un(e) autre poste / fonction
- ☐ autre (préciser)



3. Quels sont les points clés du programme que vous souhaitez voir abordés en priorité ?

.....

.....

.....

.....

4. A la fin de la formation, vous serez satisfait si :

.....

.....

.....

.....