

Formulaire de candidature

DIPLÔME D'ÉTABLISSEMENT INSPECTION CONTRÔLE

**Je candidate au parcours complet. Modules obligatoires
ET je précise les modules complémentaires choisis :**

☐ **MC1 : 05-07 mai 2026, à Rennes**

Publics⁽¹⁾ : ARS - DREETS/DDETS - Conseils départementaux

☐ **MC2 : 20-22 mai 2026, à Rennes (+ 0,5 j à distance)**

Publics⁽¹⁾ : ARS - DREETS/DDETS - Conseils départementaux

☐ **MC3 : 16-18 juin 2026, à Rennes (+ 0,5 j à distance)**

Publics⁽¹⁾ : ARS - DREETS/DDETS - Conseils départementaux

☐ **MC4 : 30 juin - 02 juillet 2026, à Rennes (+ 0,5 j à distance)**

Publics⁽¹⁾ : ARS - Conseils départementaux

☐ **MC5 : 08-10 septembre 2026, à Rennes (+ 0,5 j à distance)**

Publics⁽¹⁾ : ARS - Conseils départementaux

☐ **MC6 : 21-03 septembre 2026, à Rennes (+ 0,5 j à distance)**

Public : ARS

☐ **MC7 : 13-15 octobre 2025, à Rennes (+ 0,5 j à distance)**

Public : DREETS/DDETS

Joindre CV et lettre de motivation à la demande de candidature

Nom : **Nom de naissance :**

Prénom : **Date de naissance :**

Lieu de naissance :

E-mail (obligatoire) :

Fonction :

Corps de rattachement et profession :

Direction/Service :

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 :

Adresse de votre responsable formation (si différente de l'employeur)

.....

Code postal : **Ville :**

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 formations EHESP**

Fait le le le
Signature du candidat Visa de l'employeur Visa du responsable formation



Tarif

5250 € net

Formation prise en charge par le Ministère de la Santé et de la Prévention pour ses services centraux et pour les agents des ARS et de la Cohésion sociale (DREETS, DDETS)

Pour vous inscrire,

scannez ou photocopiez ce bulletin d'inscription puis retournez-le dûment rempli par e-mail ou par courrier à :

candidatureFC@ehesp.fr / Tél
02.99.02.25.00

École des hautes études en santé
publique

Direction de la scolarité - Formation continue
15 Av. du Professeur-Léon-Bernard
CS 74312 - 35043 RENNES Cedex

1 fiche par stage 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 courriel à :
referent-handicap@ehesp.fr

Modalités financières :

Dans le cas d'un **règlement par chèque**, merci
de libeller et d'adresser indépendamment
votre chèque à l'ordre de l'agent comptable
de l'EHEP, accompagné de la copie de la
convention de formation.

Si le client peut bénéficier d'un financement par
un tiers, il lui appartient de faire la demande de
prise en charge avant le début de la formation
et l'accord de financement doit être fourni avant
la date de la formation. Le client doit s'assurer
du suivi de cette demande et de la réalisation
du paiement par le financeur.

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 à DDFC – École des hautes études
en santé publique, 15 avenue du Professeur-
Léon-Bernard 35043 Rennes et/ou par email à
fc-communication@ehesp.fr

formation-continue.ehesp.fr

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.

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le
Signature du candidat