

Bulletin de candidature

Journées de formation annuelle d'actualisation des connaissances des Pharmaciens inspecteurs de santé publique

Je candidate et je précise la session que je choisis :

- ☐ Session 1 : du 24/05/2027 au 28/05/2027
- ☐ Session 2 : du 07/06/2027 au 11/06/2027

Tarif

Formation prise en charge par le Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées pour ses services centraux et pour les agents des ARS et de la Cohésion sociale (DREETS, DDETS)

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'EHESP 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

Distanciel possible sur recommandation médicale ou en cas d'éloignement géographique (DOM-TOM)

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'EHESP, 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 :

.....

.....

.....

.....