



PHOTO  
OBLIGATOIRE  
à coller

DOSSIER D'INSCRIPTION

# CQP DERMO-COSMÉTIQUE PHARMACEUTIQUE

Nom/adresse et n° tél de l'employeur : .....  
.....  
.....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CANDIDAT

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'épouse : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Département de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ **(obligatoire)**

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale **(obligatoire)**: \_\_\_\_\_

Situation avant cette formation :  Apprenti  Salarié  Autres : \_\_\_\_\_

Si inscrit à Pôle emploi, n° d'inscription : \_\_\_\_\_

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : \_\_\_\_\_

Etes-vous en situation de Handicap, même de faible reconnaissance ?      Oui      Non

Bénéficiez-vous d'une notification MDPH ?      Oui      Non

**Si oui, merci de bien vouloir nous fournir tous les documents en votre possession.**



**PIECES A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER :**

- CV
- Lettre de motivation
- Copie de votre Carte d'identité (recto/verso)
- 1 photo d'identité (à coller sur le dossier)
- Copie de votre Diplôme du BP Préparateur en Pharmacie ou de Pharmacien

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR**

Nom / Prénom du dirigeant : \_\_\_\_\_

Raison sociale : \_\_\_\_\_

N° SIRET (14 chiffres) : \_\_\_\_\_ APE ou NAF : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

Effectif total salariés de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Caisse de retraite complémentaire ou organisme de prévoyance : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom, Date de naissance et Emploi occupé du tuteur au sein de l'officine : \_\_\_\_\_

**Le candidat suivra la formation CQP Dermo-Cosmétique Pharmaceutique dans le cadre de :**

**Plan de développement de compétences :**     CDI ou CDD

**Contrat de professionnalisation (\*) :**     CDI ou CDD

Infos modalités de financement :

<https://www.opcoep.fr/ressources/centre-ressources/criteres/criteres-opcoep-pharmacies.pdf>

Date de début de contrat : \_\_\_\_\_ Date de fin de contrat : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

**Cachet de l'entreprise :**

**Signature :**

