



FICHE DE PREINSCRIPTION 2023

CQP

DERMOCOSMETIQUE PHARMACEUTIQUE

L'entreprise

Nom de la pharmacie	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Mail	
Nom du titulaire	

Le stagiaire

Nom	
Prénom	
Adresse	
Date de naissance	
Mail	
N° de téléphone	
Diplôme donnant accès au CQP	<input type="checkbox"/> BP préparateur en pharmacie <input type="checkbox"/> Diplôme de docteur en pharmacie
Type de contrat	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD
Temps de travail	<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel Nombre d'heures :

Avez-vous des besoins d'aménagements particuliers ou des difficultés à nous communiquer ?

- Non
 Oui, merci de nous préciser lesquels SVP :

Pour les personnes en situation de handicap veuillez nous contacter pour étudier votre demande et les besoins de compensations nécessaires.

N.B. : vous devez disposer d'un ordinateur portable pour la durée de la formation.

A :

Le :

Signature et cachet du titulaire :

Signature du stagiaire :

Important : informations relatives au RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données). Vos données personnelles contenues dans ce formulaire vont être saisies par le service administratif de l'IFPP dans notre base de données YPAREO destinée à la gestion de votre candidature et, dans le cas où votre projet professionnel serait validé, à la gestion de la recherche d'entreprise puis de votre parcours de formation en alternance. Ces données seront communiquées aux Administrations publiques dans le cadre de l'inscription à l'examen et des enquêtes statistiques en vigueur jusqu'à un an après la durée de la formation. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données en contactant le service administratif de l'IFPP : informations.cfapharma@gmail.com