

Dossier de Sélection 2025

Vous postulez par la voie (possibilité de cocher plusieurs voies d'accès) :

Apprentissage - Formation Professionnelle Continue – FPC - Formation Initiale–FI

VOLET 1 : IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Madame <input type="checkbox"/>		Monsieur <input type="checkbox"/>	
NOM DE NAISSANCE :			
NOM D'USAGE (d'épouse pour les femmes mariées) :			
Prénoms : (selon l'ordre conforme à la carte nationale d'identité) :			
Date de naissance :			
Lieu de naissance :		Département de naissance :	
Pays de naissance :		Nationalité :	
Adresse :			
Code Postal :		Commune :	Région :
Numéros de téléphone (obligatoire) :		Courriel :	
N° Identifiant National Etudiant INE		N° de sécurité sociale :	
Situation à la date de la sélection (contractuel, salarié, demandeur d'emploi ...) :			
Titulaire d'un baccalauréat	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
	Série : Année d'obtention :		
BP Préparateur en pharmacie Ou DEUST Préparateur technicien en pharmacie	BP <input type="checkbox"/> ou DEUST <input type="checkbox"/> Département : Année d'obtention :		En cours d'obtention DEUST <input type="checkbox"/> Département :
	Diplômes obtenus et Eudes et/ou parcours professionnels suivis (En précisant le niveau obtenu et la date d'obtention, l'établissement)		
J'autorise le Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière à publier mes nom et prénom sur Internet dans le cadre de la diffusion des résultats de la sélection		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

VOLET 2 : IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR pour les candidats des voies Apprentissage et Formation Professionnelle Continue

Adresse complète de l'établissement employeur du candidat (voies FCP ou AP) :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone :

Identification de la personne en charge du dossier administratif (voies FCP ou AP) :

Nom : Prénom :

Qualité : Service :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone : Courriel :

Identification du maître d'apprentissage ou de stage du candidat au sein de la PUI :

Nom : Prénom :

Qualité : Service :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone : Courriel :

VOLET 3 : MODALITES D'INSCRIPTION A LA SELECTION

Transmettre au CFPPH par courrier postal, le dossier de sélection complété et signé accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Un dossier professionnel de maximum 5 pages développant votre expérience professionnelle, en exposant vos motivations à suivre la formation et en présentant votre projet professionnel ainsi qu'un curriculum vitae détaillé, (ce dossier devra être transmis en **dématérialisé** au secretariat.cfpph@chu-tours.fr)
- Une photocopie de la carte d'identité en cours de validité (recto-verso),
- La photocopie du baccalauréat, du BP ou du DEUST et tout autre diplôme ou attestation de suivi de formation,
- 2 enveloppes affranchies au tarif en vigueur avec adresse du candidat (format 22 cm x 11 cm),
- 2 photos d'identité récentes,
- 1 attestation de pré-engagement seulement pour les candidats à la **voie Apprentissage (à fournir avec le dossier de sélection ou au plus tard le 6 juin 2025)**.
- Frais d'inscription de 110 euros (tarif 2024) **aux épreuves de sélection pour les candidats s'inscrivant par la voie Formation professionnelle Continue et Formation Initiale :**
 - paiement en ligne : <https://www.chu-tours.fr/ecoles-du-chru-de-tours/paiement-frais-inscriptions-en-ligne/> (transmettre une copie du justificatif de paiement)
 - **ou** par chèque à l'ordre du Trésor Public des Hôpitaux de Tours.

Retour des dossiers : au plus tard le **17 avril 2025**

Pré-requis à l'entrée en formation : Être titulaire de l'attestation AFGSU niveau 2 (l'attestation sera à fournir avec le dossier d'inscription définitif pour l'entrée en formation)

Date :

Signature du candidat :