

DATE LIMITE D'ENVOI : voir arrêté d'ouverture du concours

CANDIDATURE AU CONCOURS D'INTERNAT EN PHARMACIE A TITRE ETRANGER  
POUR LES PHARMACIENS AUTRES QUE RESSORTISSANTS D'UN ETAT MEMBRE DE L'UNION EUROPEENNE OU D'UN AUTRE PARTIE A L'ACCORD  
SUR L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN, DE LA PRINCIPAUTÉ D'ANDORRE OU DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE

Au titre de l'année universitaire :

NOM (nom de naissance pour les femmes mariées)	<input type="text"/>	SEXE	<input type="checkbox"/> Masculin
PRENOM (Indiquer deux prénoms)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Féminin
NOM DU CONJOINT (pour les femmes mariées)	<input type="text"/>		
DATE DE NAISSANCE ( J/M/A)	<input type="text"/>	PORTABLE	<input type="text"/>
NATIONALITÉ	<input type="text"/>	ADRESSE MAIL	<input type="text"/>
ADRESSE ( CHEZ X..., LIEU DIT)	<input type="text"/>		
BÂTIMENT/ESCALIER	<input type="text"/>		
N° ET RUE	<input type="text"/>		
CODE POSTAL	<input type="text"/>		
PAYS	<input type="text"/>	VILLE	<input type="text"/>

- PIECES FOURNIES
- le formulaire d'inscription
  - Copie de la pièce d'identité mentionnant la nationalité du candidat (recto/verso)
  - copie du diplôme, certificat ou titre permettant l'exercice de la pharmacie dans le pays d'obtention ou d'origine du candidat
  - Déclaration sur l'honneur du candidat (voir arrêté portant ouverture du concours)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations données.

Ecrire : LU ET APPROUVÉ,

Date :

Signature,