

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné,

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Certifie sur l'honneur :

- Ne pas être ressortissant d'un des Etats membres de l'Union européenne ou d'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse ;

- Ne pas être titulaire d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation des études médicales délivré par la France ou d'un titre équivalent délivré par un autre Etat membre de l'Union européenne, la Principauté d'Andorre, un autre Etat partie à l'Espace économique européen ou la Confédération suisse ;

- Ne pas avoir déjà concouru deux fois au titre de ce concours mentionné à l'article R. 633-41 du code de l'éducation ;

Je reconnais avoir été informé qu'en application des dispositions de la sous-section 6 de la section 4 du chapitre III du titre III du livre VI de la partie réglementaire du code de l'éducation :

1. Je ne peux pas prétendre à la délivrance du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie ;
2. Le diplôme d'études spécialisées qui me sera délivré à l'issue de ma formation ne me permet pas l'exercice de la profession en France.

A _____, Le

Signature