

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

CANDIDATURE AU CONCOURS D'INTERNAT DE PHARMACIE A TITRE EUROPÉEN  
POUR LES PHARMACIENS RESSORTISSANTS DES ÉTATS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE, D'UN AUTRE ÉTAT PARTIE À L'ACCORD SUR  
L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN, DE LA PRINCIPAUTÉ D'ANDORRE OU DE LA CONFÉRATION SUISSE

Au titre de l'année universitaire :

NOM (nom de naissance pour les femmes mariées)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mademoiselle	
PRENOM (indiquer deux prénoms)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Madame	
NOM DU CONJOINT (pour les femmes mariées)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Monsieur	
DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA)	<input type="text"/>	PORTABLE	<input type="text"/>
NATIONALITE	<input type="text"/>	ADRESSE EMAIL	<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"/>	VILLE	<input type="text"/>

PIECES FOURNIES

- le formulaire
- Copie de la pièce d'identité (recto/verso)
- Copie du diplôme
- Attestation délivrée par les autorités compétentes justifiant que le candidat exerce depuis au moins 3 ans la profession de pharmacien.  
Conformité de l'article 44 de la directive 2005/36/CE (voir arrêté d'ouverture)

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

Date :

Signature précédées de la mention manuscrite "lu et approuvé"