|  |  |
| --- | --- |
|  | DOSSIER D’INSCRIPTION Préparation au concours MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE Session 2017 |

## Dates de la préparation

La préparation se déroulera à l’EHESP les 11 et 12 septembre 2017.

## Financement de la préparation

Deux types de financement sont possibles :

- prise en charge individuelle : 900 euros,
- prise en charge par un employeur ou par un organisme : 1200 euros.

Financement choisi :
[ ]  Prise en charge individuelle
[ ]  Prise en charge par un employeur ou un organisme

## Modalités d’inscription (seuls les dossiers complets seront traités)

| Pour une prise en charge **individuelle**: | Pour une prise en charge par un **organisme ou un employeur** : |
| --- | --- |
| Vous nous renvoyezau plus tard le **01 septembre 2017** par email :1. ce dossier d’inscription, dûment complété au **format Word**,
2. une copie scannée et signée du contrat.

Afin d’accéder aux salles de cours, 3 exemplaires originaux signés du contrat ainsi qu’un chèque de 900 euros à l'ordre de l'Agent Comptable de l'EHESP seront à apporter le premier jour de la préparation. | Votre service formation ou l’organisme financeur nous envoie au plus tard le **01 septembre 2017** par email :1. ce dossier d’inscription, dûment complété au **format Word**,
2. une copie scannée et signée de la convention.

Afin d’accéder aux salles de cours, 3 exemplaires originaux signés de la convention seront à apporter le premier jour de la préparation. |

## Adresses de retour des documents :

**Email :** raphael.mamane@ehesp.fr

## Données personnelles

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Prénom** | **Nom** | **Nom de jeune fille** |
| Mme [ ]  M. [ ]  |       |       |       |
| **Date de naissance** |       |
| **Nationalité** |       |
| **Adresse 1** |       |
| **Adresse 2** |       |
| **Code postal** |  |
| **Ville** |  |
| **Téléphone personnel** |  |
| **Téléphone professionnel** |  |
| **E-mail** |  |
| **Date d'obtention du Diplôme de Médecin** |  |
| **Diplômes complémentaires** |  |
| **Expériences professionnelles récentes** |  |
| **Etes-vous inscrit(e) à l'Ordre des Médecins ?** | OUI [ ]  non [ ]  |

## Tableau à remplir si le financement est assuré par un organisme ou un employeur (tous les champs doivent obligatoirement être remplis)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’organisme** |       |
| **représenté par** | nom / prénom |       |
| **SIRET** |       |
| **Adresse 1** |  |
| **Adresse 2** |  |
| **Adresse 3** |       |
| **Code postal** |       |
| **Ville** |  |
| **Dossier suivi par** | Nom / Prénom |  |
| Email |  |
| Téléphone |  |

## Concours préparé

Quel concours passez-vous ?
[ ]  Concours interne
[ ]  Concours externe

## Attestations

[ ]  Je certifie l’exactitude des informations données
[ ]  Je m'engage à suivre la totalité de la formation
[ ]  Je prends acte qu'aucun remboursement ne sera accordé en cas de désistement intervenant moins de 14 jours calendaires (jours fériés inclus) avant le début de la formation.