|  |  |
| --- | --- |
|  | 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](mailto: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.