

DU-PEP

Pharmaco-Epidémiologie et Pharmacovigilance

Année universitaire 2019-2020

DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION

*Enseignement délivré en partie à distance entre octobre 2019 et janvier 2020
Prévoir 2 à 4 jours par mois en présentiel à Bordeaux (calendrier en cours d'élaboration)*

Inscription : formation initiale formation continue

NOM : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Portable : _____ E-mail : _____

PHOTO

Dossier à compléter et à renvoyer au plus tard le 5 août 2019

par courrier : **Véronique GIGOU**
Université de Bordeaux - Campus Carreire
Pharmacologie Médicale - Case 36
33076 BORDEAUX Cedex

ou par mail à : veronique.gigou@u-bordeaux.fr

JOINDRE AU DOSSIER :

- lettre de motivation
- CV détaillé
- dernier(s) relevé(s) de notes études supérieures, copie diplômes études supérieures

Résultats communiqués par mail

Les étudiants hors Union Européenne doivent s'adresser à la scolarité des DU et capacités en médecine (adm-prealable.du@u-bordeaux.fr) afin d'obtenir un dossier de demande d'admission préalable qui sera étudié par le Directeur des spécialités médicales pour accord.

DIPLOME(S) (joindre copie) :**Médecine** : Université (Nom, Ville) : _____ DFASM, année |__|__|__| Thèse médecine, année |__|__|__| DES, année |__|__|__|, spécialité : _____**Pharmacie** : Université (Nom, Ville) : _____ Validation 5^{ème} année, année |__|__|__| Doctorat Pharmacie, année |__|__|__| DES, année |__|__|__|, spécialité : _____**Chirurgie dentaire** : Université (Nom, Ville) : _____

Année |__|__|__|, spécialité : _____

Science : Ecole (Nom, Ville) : _____

Année |__|__|__|, spécialité : _____

Pré-requis indispensables pour l'acceptation de la candidature **Formation en Epidémiologie (CESAM, DU, DIU, etc.) (joindre relevé de notes ou certification)**

Libellé de la formation : _____ Université : _____ année |__|__|__|

 Bases en pharmacologie OU expérience dans le domaine de l'évaluation des médicaments : Aucun**Situation professionnelle actuelle** étudiant résident interne industrie pharmaceutique chef de clinique praticien hospitalier pharmacien hospitalier médecin de ville officine de ville autre, précisez : _____**Adresse professionnelle** : _____**Poste occupé** : _____**Langues étrangères** : anglais écrit anglais parlé autre(s) précisez _____**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION****Décision de la commission pédagogique** : Avis favorable Avis défavorable

Date :

Nom et signature du responsable de la commission pédagogique