

## Vous êtes un professionnel diplômé

NOM* :	
Prénom* :	
Fonction* : <i>Ex : médecin /pharmacien (ne) / infirmier(e)/aide-soignant(e)/brancardier(ère) ....</i>	
Travaillez-vous actuellement* : <i>Oui / Non</i>	
<b>Si oui :</b>	
Service* : <i>Ex : chirurgie vasculaire /soins intensifs ...</i>	
Pôle : <i>Ex : chirurgie / médecine interne ...</i>	
Etablissement* :	
Code postal de l'établissement * :	
E-mail* : <b>IMPORTANT : Merci d'indiquer votre adresse mail individuelle.</b> Cette adresse mail sera votre login de connexion à la plateforme d'e-learning.	

*\* A renseigner obligatoirement*

En cochant cette case, je reconnais avoir pris connaissance et accepté le [règlement de participation](#) à une formation du Ccecqa. **Si vous ne cochez pas cette case, vous ne pourrez pas valider votre inscription.**