**Affaire suivie par :**

Direction du Laboratoire

CHU Clermont-Ferrand

**TEL : 04 73 751 208**

CCEPSAuvergne@chu-clermontferrand.fr

**CERTIFICAT DE CAPACITE**

**POUR EFFECTUER DES PRELEVEMENTS SANGUINS**

***SESSION DU 02 MARS 2023 - Site de CLERMONT-FERRAND***

**DOSSIER D'INSCRIPTION A L'EPREUVE THEORIQUE**

Coordonnées :

Nom de naissance :……………………. Nom marital : …………………….

Prénom :

Date de naissance : …………………….Ville et Département : …………………….

Adresse Personnelle : …………………………………………………………………

Code Postal : …………………Ville : …………………

Téléphone : …………………

E-Mail : …………………

Diplôme requis ou certificat de scolarité vous permettant de vous présenter à l'épreuve théorique : …………………

*Date* : ………………… *Signature* :

**Documents à retourner entre le 12/12/2022 et le 31/01/2023**

Courrier postal : **CHU Clermont-Ferrand**

**Direction du Laboratoire**

**Centre de Biologie- 3ème étage**

**Madame BONHOMME Valérie**

**58 rue Montalembert**

**63003 Clermont-Ferrand Cedex 1**