



Nom :

Prénom :

Organisme/Etablissement :

Service :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

Téléphone 2 :

Email :

Année de naissance :

Année de début d'exercice :

Actif Retraité

Activité : Docteur en médecine Infirmière DE Psychologue
Cadre de soin Assistante sociale Patient Autre

Si autre, laquelle ? :

Année d'obtention du doctorat :

Année d'obtention de la spécialité :

Lieu d'exercice de votre activité : France Métropolitaine DOM TOM Autre pays

Si autre, lequel ? :

Orientation professionnelle : Dermatologie Vénérologie Générale IST Oncologie
Chirurgie Esthétique Pédiatrie Autre

Si autre, laquelle ? :

Appartenance à d'autres sociétés :

Si oui les quelles :

Programme ETP expérimenté ou à venir : Dermite atopique Psoriasis
Dermite des mains Urticaire Autre

Si autre, lequel ? :

Liste des éléments à fournir pour poser votre candidature :

Lettre de motivation

Curriculum vitae

Titres et travaux

Paiement de votre cotisation : 20 €

[Contact : Pr Audrey NOSBAUM – audrey.nosbaum@chu-lyon.fr](mailto:audrey.nosbaum@chu-lyon.fr)