



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



DOSSIER DE CANDIDATURE  
AU CERTIFICAT DE CAPACITÉ POUR EFFECTUER  
DES PRÉLÈVEMENTS SANGUINS EN VUE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

SESSION 2021

Date de l'Épreuve Théorique le **Mercredi 13 janvier 2021**

ATTENTION : Clôture des candidatures le **Vendredi 11 décembre 2020**  
(cachet de la poste faisant foi)

**ETAT CIVIL**

Mme

M.

NOM : \_\_\_\_\_ NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_

PRENOMS : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Téléphone personnel : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

E Mail : \_\_\_\_\_

Intitulé du titre ou diplôme vous permettant de vous présenter à l'épreuve théorique (acquis ou en cours) :

\_\_\_\_\_

Indiquer l'établissement si formation :

en 2<sup>e</sup> année de BTS ou DUT en cours : \_\_\_\_\_

en 3<sup>ème</sup> année DETAB en cours : \_\_\_\_\_

**Demande mon inscription à l'épreuve théorique en vue d'obtenir le  
certificat pour effectuer des prélèvements sanguins.**

DATE :

SIGNATURE :

**Voir la liste des pièces à fournir au verso**

## **PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION**

- Une demande d'inscription à l'examen, sur papier libre, précisant l'adresse personnelle et professionnelle, les numéros de téléphone personnel et professionnel et une adresse mail.
- Une copie du diplôme requis reconnu pour exercer la profession de technicien dans un laboratoire de biologie médicale **ou** le cas échéant, une attestation d'emploi en qualité de technicien dans un laboratoire de biologie médicale en poste au 30 mai 2013.
- Un certificat de scolarité (si vous êtes en dernière année d'études préparatoires aux diplômes permettant d'exercer la profession de technicien de laboratoire).
- Une copie d'une pièce nationale d'identité (recto-verso) en cours de validité.
- Une photo récente d'identité (indiquer vos nom/prénom au verso).

**Lieu d'examen : Amiens**

**Ce dossier dûment complété, daté et signé devra être retourné, avant le  
Vendredi 11 décembre 2020, accompagné des pièces demandées :**

**à l'AGENCE REGIONALE de SANTE Hauts-de-France  
Direction de l'Offre de Soins - Sous-Direction de l'Offre de Soins Ambulatoire  
Service Gestion et Formation des Professionnels de Santé  
A l'attention de Madame Saliha FEKKIR  
556 Avenue Willy Brandt  
59777 – EURALILLE**