

## ANNEXE II

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DU CONCOURS NATIONAL DE PRATICIEN DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

**Demande n°**

(à remplir par l'administration)

**ARS de :** .....

N° ADELI candidat :

N° Répertoire RPPS candidat :

#### Etat civil

M. Mme ou Mlle :

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Nom d'épouse: .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

Nationalité : .....

#### Diplômes

**Doctorat :**

médecine

pharmacie

chirurgie-dentaire

**attestation de conformité... ) :** .....

**Diplôme de spécialisation :**

CES

DES

autre (autorisation d'exercice, qualification ordinale,

.....

#### Coordonnées

Adresse : .....

N° : .....

Rue, Avenue, Bd : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Pays : .....

Téléphone professionnel : .....

Téléphone personnel : .....

Téléphone Mobile : .....

E-mail : .....

#### Candidature

(une seule spécialité et un seul type d'épreuves)

**Spécialité choisie :** .....

concours de type I

concours de type II

Date de la demande de candidature :

Signature :

**NB :**

**Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'organisation du concours national de praticien des établissements publics de santé.**

**Le destinataire de ces données est le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.**