

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

ARS de :

RESERVE A L'ADMINISTRATION

Demande n° :

Etat civil

M. Mme ou Mlle

Nom de naissance :

Prénoms :

Nom d'épouse:

Date de naissance : Commune : Département :

Pays : Nationalité :

N° RPPS :

Coordonnées

Adresse :

Code postal : Commune :

Pays :

Téléphone Mobile :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Diplômes, certificats ou autre titre**Doctorat :**

- Médecine
 Pharmacie
 Chirurgie-dentaire

Diplôme ou certificat ou autre titre permettant l'exercice de la spécialité :

- DES (ou CES) :
- DESC ou Capacité :
- Qualification ordinale :
- Autorisation d'exercice
- Attestation de conformité à la directive 2005/36/CE
- Autre :

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

Spécialité choisie (se référer à l'Annexe I) :

- concours de type I
 concours de type II

Date :

Signature :

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. 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.