

DOSSIER D'INSCRIPTION

RECRUTEMENT SANS CONCOURS

D'AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES

NOM :

PRENOM :

A – Votre situation professionnelle :

Êtes-vous en position d'activité ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quelle est votre situation professionnelle actuelle : _____

Nom et adresse de votre employeur : _____

Service actuel : _____

Tél. du service |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

• Etes-vous recruté(e) contractuel au CHU de Montpellier en CDD ou CDI ? ☐ oui ☐ non

Si oui, N° de matricule* : |_|_|_|_|_|_|_|_| et date du 1^{er} contrat |_____

Quel est votre grade actuel : |_____

• Etes-vous en contrat ☐ C.U.I ☐ C.A.E. ☐ C.A. au CHU de Montpellier ☐ oui ☐ non

Si oui, N° de matricule* : |_|_|_|_|_|_|_|_| du _____ au _____

• Avez-vous eu un contrat ☐ C.U.I ☐ C.A.E. ☐ C.A. au CHU de Montpellier ☐ oui ☐ non

Si oui, N° de matricule* : |_|_|_|_|_|_|_|_| date du 1^{er} contrat du _____ au _____

* Le n° de matricule est mentionné en haut à droite de vos contrats

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée, relative à l'information, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire (articles 34 et suivants). Elle garantit un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification pour les données vous concernant, auprès du service organisateur du concours.

Cadre réservé au service des recrutements sans concours

☐ Cachet d'arrivée

☐ Remise AR

☐ Contrôle

B - Votre état civil et votre situation :

☐ M ☐ Mme

Ecrivez en MAJUSCULES très lisibles

Votre nom d'usage (*EPOUX(se)*) _____

Nom de famille (Naissance) _____

Vos prénoms _____

Votre date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(JJ-MM-AAAA)

Votre nationalité

☐ Française☐ Ressortissant de l'Union Européenne

Département ou pays de naissance _____

Votre situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e)

Votre adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Pays (si hors France) : _____

[illegible]

Téléphone 2 (*recommandé*) : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

E-mail (recommandé) _____ @ _____

Etes-vous en situation régulière au regard du service national ? ☐ oui ☐ non Services accomplis : ☐ oui ☐ non

~~Attestation de participation à la journée défense et citoyenneté * : ☐ oui ☐ non~~

*Attestation à fournir pour vous inscrire aux concours et examens, pour les candidats français ayant moins de 25 ans.

Handicap** ☐ Autre ☐ Précisez _____

**** fournir attestation**

C – Si vous possédez des diplômes :

Préciser l'année d'obtention

☐ *Brevet* |_|_|_|_| ☐ *CAP / BEP* |_|_|_|_| ☐ *Baccalauréat* |_|_|_|_|

☐ *Bac* + 2 ☐ *Bac* + 3 ☐ *Bac* + 4 ☐ *Bac* + 5

☐ Bac + 5 et plus |_| |_| |_| |_|

Précisez intitulé/secteur d'études

Votre diplôme le plus élevé :

A retourner impérativement complétée

NOM : _____

Prénom : _____

D - (uniquement pour les agents du CHU) Appréciation de l'encadrement

AVIS DU CADRE DE PROXIMITE SUR LA MANIERE DE SERVIR

☐ Favorable

☐ Réservé

☐ Défavorable

Observations : _____

Visas : (NOM, Prénom, téléphone & tampon)

Cadre de proximité

Cadre Supérieur

E- Votre déclaration (Cochez)

- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'organisation du Recrutement sans concours
- ☐ Je suis informé(e) que les résultats feront l'objet d'une publication et d'une diffusion sur Intranet et Internet.
- ☐ Je certifie que je remplis les conditions requises pour participer au Recrutement sans Concours.
En cas de succès au recrutement sans concours, je ne pourrai être nommé(e) que si je remplis les conditions exigées statutairement et notamment les conditions d'aptitude physique prévues par la réglementation.
Toute déclaration inexacte ou incomplète me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission au Recrutement sans Concours.
- ☐ Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et m'engage à fournir à l'Administration, dès qu'elle m'en fera la demande, les pièces destinées à compléter mon dossier de recrutement.

Date de votre demande

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(JJ-MM-AAAA)

Signature du candidat
précédée de la mention
"Lu et Approuvé"

F - FORMATIONS :

NOM : _____

Prénom : _____

FORMATIONS EN LIEN AVEC LE PARCOURS PROFESSIONNEL ET/OU PROJET PROFESSIONNEL (joindre justificatifs)

Souligner les formations qui vous semblent en lien avec la fonction recherchée

(page à multiplier si nécessaire)

Période du..... au.....	Domaine-Spécialité-Thème	Durée totale de la formation (dont heures de théorie/stage)	Organisme de formation	Intitulé & date du diplôme obtenu

G – PARCOURS PROFESSIONNEL :

NOM : _____

Prénom : _____

PARCOURS PROFESSIONNEL - FONCTION ACTUELLE (joindre justificatifs)

(page à multiplier si nécessaire)

Nom Employeur : Service & Type d'activité de l'établissement	Période du : au :	Emploi/Métier	Quotité de travail en %	Principales activités et/ou Fonctions exercées	Principales Compétences Connaissances Savoir-faire développés

NOM : _____

Prénom : _____

PARCOURS PROFESSIONNEL - FONCTIONS ANTERIEURES SUR LES 5 DERNIERES ANNEES UNIQUEMENT (joindre justificatifs)

(page à multiplier si nécessaire)

Nom Employeur : Service & Type d'activité de l'établissement	Période du : au:	Emploi/Métier	Quotité de travail en %	Principales activités et/ou Fonctions exercées	Principales Compétences Connaissances Savoir-faire développés