



Direction des ressources
humaines

FORMULAIRE

Candidature à un recrutement
- Fiche de renseignements -

FIC.DRH.GPM.005 V0

Page 1/2

Application : 10/01/2018

PHOTO
OBLIGATOIRE

VOS COORDONNEES ET SITUATION FAMILIALE

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille :

Née le : __ / __ / __ à Département n° __ __

Nationalité :

N° sécurité sociale ou INSEE : _ _ _ _ _

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ _ Ville :

Adresse courriel :

☎ 1

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

• Votre conjoint : NOM et Prénom :

Activité :

• Vos enfants : Nombre : __ __ Age(s) :

Ne rien inscrire
dans ce cadre

EMPLOI SOLLICITE

Infirmier(e) IADE IBODE Puéricultrice Cadre de santé Cadre supérieur de santé

Autre

• Est-ce un emploi : Remplacements (CA, etc...) Permanent

Candidature spontanée Réponse à une annonce N° Source :

VOTRE SITUATION ACTUELLE

En recherche d'emploi : indemnisé non indemnisé

Contrat à durée déterminée Contrat à durée indéterminée

Etudiant

Fonctionnaire en : activité détachement congé parental disponibilité retraite

Précisez de quelle administration :

Précisez de quel centre hospitalier :

Précisez dans quel grade :

• Délai dans lequel vous êtes disponible :

Pour pouvoir prétendre à un recrutement éventuel, vous devez être à jour des vaccinations obligatoires pour un emploi hospitalier (tétanos, polio, hépatite B, BCG). Etes-vous à jour de vos vaccins ? oui non

¹ Afin de faciliter, ma prise de fonction, j'accepte que mes coordonnées téléphoniques soient transmises par la direction des ressources humaines au cadre de proximité de mon service d'affectation

FORMATION ET PARCOURS PROFESSIONNEL (joindre photocopie du /des diplôme(s))

- Niveau d'études :
- Diplôme infirmier : Diplôme d'Etat (à partir de décembre 1995) : modules optionnels choisis :
- Vos diplômes scolaires, titres universitaires & dates d'obtention :
- Vos formations :
- Langue maîtrisée : Anglais Espagnol Allemand Autres
- Votre expérience professionnelle (joindre un curriculum vitae détaillé et une lettre de motivation, si non expédiés auparavant)
Nom et adresse des trois derniers employeurs Poste occupé Dates du contrat de travail Motif de départ
- Du __ / __ / ____
au __ / __ / ____
- Du __ / __ / ____
au __ / __ / ____
- Du __ / __ / ____
au __ / __ / ____
- Avez-vous déjà travaillé au CH des Pays de Morlaix ? Oui Non
Année Grade Service

RENSEIGNEMENTS DIVERS

- Permis de conduire : Aucun Permis A Permis B Permis C Permis D Permis E
 Certificat de capacité d'ambulancier (CCA)
- Véhicule personnel : Oui Non
- Le Centre Hospitalier des pays de Morlaix étant multi-site, je m'engage, en cas de besoin, à pouvoir me rendre sur l'ensemble des sites de l'établissement (Plougouven, Carhaix, Le Folgoët...)
- Service militaire ou journée d'appel à la défense accompli(e) : Oui, précisez la durée : Non Exempté
- Etes-vous bénéficiaire d'une rente pour accident de travail ? Oui Non
- Si vous êtes reconnu travailleur handicapé, vous êtes invité à produire une copie de l'attestation délivrée par la MDPH (COTOREP)
date de péremption : __ / __ / ____
- Votre casier judiciaire porte-t-il une condamnation ? Oui Non

Fait à, le __ / __ / ____ Signature,

Au regard de votre profil, l'établissement vous contactera en fonction de ses besoins. **Vous ne recevrez pas de réponse écrite à cette demande** qui sera conservée en instance pendant une année (il est inutile de la renouveler durant cette période). Passé ce délai, elle est classée sans suite sauf renouvellement de votre part.

Tout dossier incomplet ne sera pas traité