

**Concours interne sur titre
Cadre de Santé Paramédical 2018**

Référence « concours interne sur titre CS 2018 »

Nom : _____ Prénoms : _____

Nom de jeune fille : _____ Sexe⁽¹⁾ : M F

Né(e) le : _____ à : _____ Département : _____

Nationalité : _____

Adresse (personnelle) : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Téléphone : _____

Situation de famille⁽¹⁾ :

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> Veuf (ve) |
| <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Vie maritale | <input type="checkbox"/> Séparé(e) | |

Nombre d'enfants : ____ Date(s) de naissance(s) : _____

Service National⁽¹⁾ :

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En cours | <input type="checkbox"/> Effectué | <input type="checkbox"/> Réformé |
| <input type="checkbox"/> Dispensé | <input type="checkbox"/> Sursitaire | <input type="checkbox"/> Non concerné |

⁽¹⁾ Cocher la case correspondant à votre situation

Situation Administrative : Activité : oui nor

Si non, précisez votre situation actuelle : _____

Date de recrutement dans la fonction publique : _____

Nom et adresse de votre employeur : _____

Diplômes : _____

Remarque importante : L'attention des candidats est appelée sur le fait que tous les courriers seront adressés à leur domicile et que l'administration décline toute responsabilité en ce qui concerne l'acheminement de ceux-ci.

Attention : En application des dispositions de l'article 47 paragraphe b de la loi N°94.43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la vérification des conditions requises pour concourir pourra intervenir après proclamation des résultats et au plus tard à la date de nomination. S'il apparaît qu'un ou plusieurs candidats, déclarés admis par le jury, ne remplissaient pas lesdites conditions, ils perdraient le bénéfice de leur admission.

Important : La demande de dossier d'inscription au concours ne vaut pas acte de candidature.

N'oubliez pas de signer votre dossier.

Je soussigné(e), _____, certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur ce document et déclare avoir été informé(e) que toute fausse déclaration de ma part entraînerait l'annulation de mon succès éventuel au concours.

Je reconnais être informé(e) qu'en application de l'article 5 de la loi N°83.634 du 13 juillet 1983, nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire :

- S'il ne possède pas la nationalité française, ou s'il n'est pas ressortissant des États membres de la Communauté européenne (selon les conditions fixées par l'article 5 bis)
- S'il ne jouit pas de ses droits civiques,
- Le cas échéant, si les mentions portées au bulletin n°2 de son casier judiciaire sont incompatibles avec l'exercice de ses fonctions,
- S'il ne se trouve pas en position régulière au regard du code du service national,
- S'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction.

A _____, le _____.

Signature du candidat précédée de la mention "lu et approuvé"

Documents à joindre au dossier :

- La demande d'admission à concourir dûment remplie
- Une lettre de motivation établie sur papier libre
- Un curriculum vitae établi sur papier libre détaillant notamment :
 - Le ou les titres détenus, les actions de formation suivies
 - L'expérience professionnelle, accompagné d'attestations d'emploi (pour les expériences hors CHNM)
- Le diplôme de cadre de santé, titres de formation, certifications et équivalences dont il est titulaire ou une copie.
- Un état signalétique des services publics (à demander auprès de son référent de Pôle) accompagné de la fiche du poste occupé.
- Un dossier de 5 à 7 pages préparé par le candidat détaillant son parcours, sa motivation pour être cadre de santé et son projet.
- 3 enveloppes timbrées au tarif en vigueur portant nom, prénom et adresse complète.

Il est impératif que votre dossier soit complet et signé.

Votre dossier doit nous parvenir au plus tard

le lundi 4 juin 2018 – 12h00

Soit en le déposant à la Direction des Ressources Humaines en échange d'un récépissé ou en l'envoyant en recommandé avec accusé de réception (cachet de la poste faisant foi).

Les dossiers parvenus après la clôture des inscriptions ne seront pas retenus.

CENTRE HOSPITALIER DU NORD MAYENNE

Direction des Ressources Humaines

229, boulevard Paul Lintier

CS 60102

53103 MAYENNE CEDEX

Indiquez votre adresse

Inscription au concours interne sur titre de Cadre de Santé Paramédical

- 1 poste EHPAD
- 1 poste Laboratoire

Document à joindre à votre dossier d'inscription

Cadre réservé à l'administration

Dossier complet :

- OUI**, votre inscription au concours est bien prise en compte
- NON** : Votre dossier n'est pas complet pour les raisons suivantes :
 - Dossier non signé
 - Il manque la formule "lu et approuvé"
 - Il manque une pièce à votre dossier : _____
 - Vous n'avez pas la nationalité Française
 - Vous n'avez pas les diplômes demandés : _____
 - Autre : _____

Vous avez jusqu'au lundi 4 juin 2018 – 12h (cachet de La Poste faisant foi), pour apporter les pièces manquantes ou des éléments supplémentaires complétant votre dossier.

La Directrice des Ressources Humaines

Christine COSMAO