**Direction des ressources humaines et de la formation**

*162 avenue Lacassagne*

*69424 LYON Cedex 03*

**Service des concours**

[drhf.concours@chu-lyon.fr](mailto:drhf.concours@chu-lyon.fr)

Chris

*Certaines données collectées dans ce formulaire seront utiles dans le cadre du dispositif « Base concours » (cf Article 6 de la décision d’ouverture du concours).*

1. **NATURE DU CONCOURS** *(se référer à la décision d’ouverture du concours concerné)*

**CORPS : PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE**

1. **IDENTIFICATION DU CANDIDAT**

🞐 Madame 🞐 Monsieur Matricule si agent HCL

Nom d’usage : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de Famille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Premier prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autres prénoms : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nationalité : ❑ Française ❑ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Commune et code postal du département de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pays de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pays de résidence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel personnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Courriel professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **SITUATION DU CANDIDAT :**

J’ai le niveau de diplôme requis pour ce concours: 🞐 OUI 🞐 NON

**Statut actuel :**

🞐 FONCTION PUBLIQUE

🞐 Fonctionnaire (titulaire, stagiaire, élève)

Versant : 🞐 FPH 🞐 FPT 🞐 FPE

Catégorie : 🞐 A 🞐 B 🞐 C

Grade : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Contractuel
* Militaire

Militaire : 🞐 officier 🞐 sous-officier 🞐 du rang

* Apprenti
* Autres

🞐 HORS FONCTION PUBLIQUE

**Candidat en situation de handicap demandant un aménagement d’épreuves** (fournir certificat médical selon   
modalités précisées dans l’article 3 de la décision d'ouverture) : 🞐 OUI 🞐 NON

**Je, soussigné(e) (prénom, nom) ……………………………………………………………………………………………………………………………..**

Déclare sur l’honneur que toutes les informations données dans le présent document sont exactes et reconnais être informé(e) du fait que toutes fausses déclarations de ma part entraîneraient l’annulation de toute décision favorable prise à mon égard dans le cadre de la présente procédure.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’applique au présent dossier. Elle garantit aux personnes concernées un droit d’accès et de rectification pour les données les concernant hormis celles qu’elles ont elles-mêmes introduites concernant leur expérience professionnelle.

A………………………………………le……………………….

*(Signature de l’agent précédée de la mention « lu et approuvé »)*

***SIGNATURE***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Pièces à fournir** | Cadre réservé à l’administration |
| 🞏  🞏  🞏  🞏  🞏  🞏  🞏  🞏 | Le présent dossier d’inscription dûment complété  Une lettre de motivation  Une photocopie de la carte nationale d’identité française (ou passeport) ou de ressortissant de l’un des Etats membres de l’Union Européenne, en cours de validité  Le titre de formation mentionné à l'[article L. 4241-13 du code de la santé publique](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DAC2B9882D853AFF217284FBD5FCB80B.tpdjo01v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000018890376&dateTexte=&categorieLien=cid) ou l'autorisation d'exercer la profession de préparateur en pharmacie hospitalière délivrée en application de l'article L. 4241-14 du même code  Pour les candidats âgés de moins de 25 ans, la photocopie de l’état signalétique des services militaires ou, pour les candidats n'ayant pas accompli leur service national, une pièce attestant leur situation au regard du [code du service national](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=DAC2B9882D853AFF217284FBD5FCB80B.tpdjo01v_2?cidTexte=LEGITEXT000006071335&dateTexte=&categorieLien=cid)  Un curriculum vitae, accompagné d'attestations d'emploi, mentionnant notamment les actions de formation suivies et accompagné des travaux effectués  Un extrait de casier Un ext Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date.  un certificat attestant que le candidat n’est atteint d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions de préparateur en pharmacie hospitalière, **(visite médicale organisée par le service gestionnaire des concours pour les agents issus des Hospices Civils de Lyon uniquement. Tout autre candidat devra entreprendre les démarches directement auprès d’un médecin agréé et fournir le document)**  **ATTENTION : tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte** | Pièce présente  🞏  🞏  🞏  🞏  🞏  🞏  🞏  🞏 |