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

*162 avenue Lacassagne*

*69424 LYON Cedex 03*

**Service des concours**

Christine.monet-buyse@chu-lyon.fr

Chris

*Certaines données collectées dans ce formulaire seront utiles dans le cadre du dispositif « Base concours » (cf Article 4 de la décision d’ouverture du concours).*

1. **NATURE DU CONCOURS**

**CORPS : AMPA**

**TYPE : Concours sur titres**

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 :**

Niveau d’études ou de diplôme le plus élevé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J’ai le diplôme requis pour ce concours : 🞐 OUI 🞐 NON
Je suis actuellement en fin de formation et transmettrai le diplôme ou l’attestation de réussite en
-juin 2024 🞐 OUI 🞐 NON -juillet 2024 🞐 OUI 🞐 NON

Je justifie de 3 ans minimum d’exercice (équivalent temps plein) de la profession d’infirmier 🞐 OUI 🞐 NON

**Statut actuel :**

🞐 **FONCTION PUBLIQUE**

 🞐 Fonctionnaire (titulaire, stagiaire, élève)

 Versant : 🞐 FPH 🞐 FPT 🞐 FPE

 Catégorie : 🞐 A 🞐 B 🞐 C

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

* Contractuel
* Militaire : 🞐 officier 🞐 sous-officier 🞐 du rang
* Autres

**🞐 HORS FONCTION PUBLIQUE**

**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***