



## CONCOURS DE RECRUTEMENT DE TRENTE (30) INTERNES DES HOPITAUX

### FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

STRUCTURES BÉNÉFICIAIRES : **MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

LIEU DE DÉPÔT DU DOSSIER : \_\_\_\_\_

**I- IDENTIFICATION DU CANDIDAT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOMS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SEXE : F  M

DATE DE NAISSANCE: /\_/\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

DIPLÔME DE DOCTORAT : \_ Oui  Non

ATTESTATION DE VALIDATION DE LA 5<sup>ème</sup> ANNEE DE MEDECINE : Oui  Non

ANNEE ET LIEU D'OBTENTION : \_\_\_\_\_

INSTITUTION AYANT DELIVRE LE DIPLÔME OU L'ATTESTATION : \_\_\_\_\_

ETABLISSEMENT : Public  Privé

**II- RENSEIGNEMENTS SUR LE CORPS**

CATEGORIE : **A**

CORPS : Intitulé : Elève praticien spécialiste

DIPLÔME REQUIS : Attestation de validation de la 5<sup>ème</sup> année de médecine ou diplôme de doctorat en médecine.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/2023

Signature du candidat

Partie réservée à la réception	
Pièces déposées : Fiche d'inscription <input type="checkbox"/> Demande d'inscription <input type="checkbox"/> Copie légalisée d'acte de naissance <input type="checkbox"/>	
Certificat de nationalité <input type="checkbox"/> Copie légalisée de la pièce d'identité <input type="checkbox"/> Extrait du casier judiciaire datant de moins de 3 mois <input type="checkbox"/>	
Diplôme <input type="checkbox"/> Attestation <input type="checkbox"/> Équivalence <input type="checkbox"/> Authenticité <input type="checkbox"/> Quittance d'une valeur de 5 000 FCFA <input type="checkbox"/>	
Partie réservée à l'étude	
REJETE <input type="checkbox"/> MOTIF :	ACCEPTÉ <input type="checkbox"/>
Date : _____ Nom et Signature _____	
Avis du contrôleur	
REJETE <input type="checkbox"/> MOTIF :	ACCEPTÉ <input type="checkbox"/>
Date : _____ Nom et Signature _____	