

CANDIDATURE N°

ORIGINE : BO MA RI SO PI IM PA autre

Photographie

Dossier complet

Pièces manquantes :

NOM (ép.) : _____ Nom (patronym.) : _____ Tèl portable : _____
 Prénom : _____ Tèl domicile : _____
 Adresse : _____ Email : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____ Fax : _____
 Né(e) le : _____ à : _____ Dept : _____ En cas d'accident, :
 Nationalité : _____ Pays : _____ prévenir : _____
 Tel : _____

N° SS : _____

Carte de séjour n° : _____

Situation de famille : Célibataire Marié Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Délivrée par : _____

Enfants : Nombre : Age(s) : Handicap physique oui non

Valide du : _____

Visite médicale passée le : _____ Permis de conduire oui non

au : _____

à prévoir le : _____ Véhicule personnel oui non

Hépatite B : à jour à suivre

QUALIFICATION			
Diplômes	n° de Diplôme	Obtenu en :	N° d'enregistrement

EMPLOIS SUCCESSIFS :

ou

STAGES ETUDIANTS :

Année	de	à	ETABLISSEMENT	VILLE	Dépt.	SERVICE	N. LITS	QUALIFICATION

SERVICES SOUHAITES	(X)	EXPERIENCE			Obs	SERVICES SOUHAITES	(X)	EXPERIENCE		
de	↓	OUI	NON	DUREE		de	↓	OUI	NON	DUREE
Chirurgie						Bloc Opératoire				
Médecine						Salle de Réveil				
Réanimation						Rééducation fonctionnelle				
Pédiatrie						Dialyse Rénale				
Maternité						Hématologie				
Néo-Natalogie						Grands Brûlés				
Psychiatrie						Urgences				
Gériatrie						Scanner				
Cardiologie						Radiologie				
Neurologie						Médecine du Travail				
Laboratoire						Thermalisme				
Pharmacie						Thalassothérapie				
Sécrétariat Médical						Soins "à domicile"				
Autres						Soins de suite				
						Convalescence				
						Entreprise				

PERIODES D'ACTIVITE DESIREES
Libre duau
Libre duau
Libre duau
Libre duau

Horaires de Disponibilités

Envisagez-vous des

REPLACEMENTS	LONGUE DUREE	WEEK ENDS	DEPANNAGES	AUTRES
---------------------	---------------------	------------------	-------------------	---------------

Jour

Matin

Soir

Nuit

W.End

REGION PREFERENTIELLE DE LIEUX DE MISSIONS

VOS OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

DIVERS : recherchez-vous un poste permanent ?	OUI	NON
------------------------------------------------------	-----	-----

L'intérimaire soussigné déclare ne pas exercer d'activité en qualité de fonctionnaire hospitalier ou d'agent public, être libre de tout engagement et ne pas être en arrêt maladie.

Cerfifié exact, lu et approuvé,

A le.....

Signature :

Recrutement	Saisie informatique	Livret d'accueil remis le	Test métier passé le

DOSSIER TRANSMIS A L'AGENCE AILE MEDICALE DE :	
(ville)	
<input type="checkbox"/>	Mission du au.....
<input type="checkbox"/>	Mission du au.....
<input type="checkbox"/>	Mission du au.....
<input type="checkbox"/>	Mission du au.....
<input type="checkbox"/>	Mission du au.....