Merci de compléter le document en lettres MAJUSCULES et de manière lisible

VEUILLEZ COLLER VOTRE PHOTO ICI

Nom de naissance : ....

Nom marital: .....…….....……

Prénoms : .....**Nationalité :** .....

Etat civil : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ séparé(e) ☐ concubinage ☐ pacsé(e) ☐ veuf(ve)

Né(e) le : ...../...../..... **à** ..... **Département de Naissance:** ……

Pays de Naissance : .....

N° d'immatriculation sécurité sociale : ...../……/……/……/……/……/……/……

Adresse : ……

.....

Ville et CP……..

Tél. domicile : ……**Tél. portable** : ……

Email : …….....@…….....

Demande d'aménagement des modalités des épreuves de sélection : ☐ **OUI** ☐ **NON**

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM : ……**Prénom** : ……

Tél. portable : …… **Lien de Parenté :** ……

Avez-vous des enfants ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Année de naissance _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ /

A COMPLETER SI MINEUR :

PERE OU TUTEUR

NOM : ……..**PRENOM :** ……..……

ADRESSE DOMICILE :

……

……

Tél. Portable : ……**Tél. du lieu de travail :** ……

EMAIL : …….....@…….....

MERE OU TUTRICE

NOM : ……..…… **Nom Marital :** ……..…… **PRENOM :** ……

ADRESSE DOMICILE : ……

……

Tél. Portable : …… **Tél. du lieu de travail :** ……..

EMAIL : …….....@…….....……

Page suivante

SITUATION AU MOMENT DE L'INSCRIPTION A LA SELECTION

Profession : ……

☐ Salarié(e) ☐ Indépendant ☐ Demandeur d'emploi

☐ Employé(e) au CH d'Arles En CDD ☐ En CDI ☐

☐ Employé(e) dans un autre établissement de santé : En CDD ☐ En CDI ☐

Lequel : ……..

Adresse de l'établissement : ……

☐ En continuité de parcours scolaire : …… *(Préciser : lycéen, étudiant …)*

☐ Inscription à France Travail <u>Si oui :</u> N° d'identifiant : ……

Département inscription France Travail : ……..

Demandeur d'Emploi : indemnisé ☐ non indemnisé ☐

☐ Cap Emploi ☐ Mission Locale

☐ ASHQ ou Agent de Service *(1 an temps plein minimum)*

☐ Autre *(Préciser)* : ……

DIPLOMES / TITRES :

☐ Baccalauréat Série: ……Année d'obtention: ……

☐ Dernier diplôme obtenu……..Année d'obtention: ……

☐ Titre Professionnel : ……...Année d'obtention: ……

☐ ASH : Attestation de formation 70 heures + 6 mois de Service minimum

☐ Autre(s) *Préciser et année* :

-
-
-

Les candidats relevant de la FPC doivent impérativement joindre l'attestation de prise en charge de la formation par l'employeur, l'ANFH ou un OPCO, après l'affichage définitif des résultats.

La règlementation vous autorise à vous opposer à ce que votre nom/prénom apparaisse dans le cadre de la publication des résultats.

Si vous n'autorisez pas la publication de votre nom/prénom, seul votre numéro de candidat sera inscrit.

<u>Merci de cocher la case correspondant à votre choix :</u>

Affichage autorisé ☐ **Affichage non autorisé ☐**

Je demande mon inscription et certifie avoir pris connaissance du règlement de la sélection et l'accepter sans réserve.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées sur ce document et les documents fournis.

Fait à …… **Signature du Candidat** **Signature du/des Représentant/s Légal/aux (***Si Candidat Mineur)*

Le :

INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à la loi « informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifié, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat de l'IFAS ».