

Dossier de candidature
**Assistant Médico-administratif Branche Assistance de
Régulation Médicale**

**RECONNAISSANCE DES ACQUIS
DE L'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE**

SESSION 2012

DOSSIER N°

A remplir par le CHUN

Nom de naissance :
Nom d'usage ou de femme mariée :
Prénom :
Adresse complète :
.....
Téléphone :
Mail :
Date et lieu de Naissance :

Cocher le concours correspondant à votre choix :

Concours sur épreuves

Examen professionnel (Réservé aux PARM Chef)

Une fois le présent dossier complété, **vous en conserverez une copie** avant de le transmettre, **exclusivement par courrier (en quatre exemplaires)**, au service concours du CHU de Nice, au plus tard **à la date fixée dans l'arrêté d'ouverture du concours.**

Coordonnées du CHU de Nice

CHU de Nice – Hôpital de Cimiez
DRH - Service Concours
4, Avenue Reine Victoria
06000 Nice Cedex 3

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE

- Votre situation administrative actuelle p.3

DEUXIEME PARTIE

- Votre expérience professionnelle p.4

- Votre formation professionnelle et continue
 - Les actions de formation en lien avec vos compétences et/ou
Votre projet professionnel p.9

TROISIEME PARTIE

- Annexes p.11

QUATRIEME PARTIE

- Fiches administratives de traitement du dossier destinées au service concours du CHU
de Nice
 - Déclaration sur l'honneur p.12
 - Visa de l'autorité compétente p.13

VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

➤ FONCTIONS ACTUELLES

PERIODE		NOM, ADRESSE, ET ACTIVITE PRINCIPALE DE L'ORGANISME D'EMPLOI	NOM ET ACTIVITE DU SERVICE D'EMPLOI	STATUT
DE : A : si temps partiel, précisez la quotité				
CATEGORIE/ CORPS/ CADRE D'EMPLOIS	DOMAINE FONCTIONNEL/ EMPLOI	PRINCIPALES ACTIVITES ET/OU TRAVAUX REALISES	PRINCIPALES COMPETENCES DEVELOPPEES DANS CETTE ACTIVITE	

➤ **FONCTIONS ANTERIEURES**

PERIODE		NOM, ADRESSE, ET ACTIVITE PRINCIPALE DE L'ORGANISME D'EMPLOI	NOM ET ACTIVITE DU SERVICE D'EMPLOI	STATUT
DE : A : si temps partiel, précisez la quotité				
CATEGORIE/ CORPS/ CADRE D'EMPLOIS	DOMAINE FONCTIONNEL/ EMPLOI	PRINCIPALES ACTIVITES ET/OU TRAVAUX REALISES	PRINCIPALES COMPETENCES DEVELOPPEES DANS CETTE ACTIVITE	
PERIODE	NOM, ADRESSE, ET ACTIVITE PRINCIPALE DE L'ORGANISME D'EMPLOI			STATUT

			NOM ET ACTIVITE DU SERVICE D'EMPLOI	
DE : A : si temps partiel, précisez la quotité				
CATEGORIE/ CORPS/ CADRE D'EMPLOIS	DOMAINE FONCTIONNEL/ EMPLOI	PRINCIPALES ACTIVITES ET/OU TRAVAUX REALISES	PRINCIPALES COMPETENCES DEVELOPPEES DANS CETTE ACTIVITE	

PERIODE		NOM, ADRESSE, ET ACTIVITE PRINCIPALE DE L'ORGANISME D'EMPLOI	NOM ET ACTIVITE DU SERVICE D'EMPLOI	STATUT
DE : A : si temps partiel, précisez la quotité				
CATEGORIE/ CORPS/ CADRE D'EMPLOIS	DOMAINE FONCTIONNEL/ EMPLOI	PRINCIPALES ACTIVITES ET/OU TRAVAUX REALISES	PRINCIPALES COMPETENCES DEVELOPPEES DANS CETTE ACTIVITE	

PERIODE		NOM, ADRESSE, ET ACTIVITE PRINCIPALE DE L'ORGANISME D'EMPLOI	NOM ET ACTIVITE DU SERVICE D'EMPLOI	STATUT
DE : A : si temps partiel, précisez la quotité				
CATEGORIE/ CORPS/ CADRE D'EMPLOIS	DOMAINE FONCTIONNEL/ EMPLOI	PRINCIPALES ACTIVITES ET/OU TRAVAUX REALISES	PRINCIPALES COMPETENCES DEVELOPPEES DANS CETTE ACTIVITE	

VOTRE FORMATION PROFESSIONNELLE ET CONTINUE

➤ LES ACTIONS DE FORMATION EN LIEN AVEC VOS COMPETENCES ET/OU VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

PERIODE	DUREE	ORGANISME DE FORMATION	DOMAINE/SPECIALITE	THEME DE LA FORMATION (ET INTITULE DU TITRE EVENTUELLEMENT OBTENU)
du : au :				
du : au :				
du : au :				

PERIODE	DUREE	ORGANISME DE FORMATION	DOMAINE/SPECIALITE	THEME DE LA FORMATION (ET INTITULE DU TITRE EVENTUELLEMENT OBTENU)
du : au :				
du : au :				
du : au :				
du : au :				

ANNEXES

	RECAPITULATIF DES DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DOSSIER	NOMBRE DE DOCUMENTS FOURNIS
VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL	- TOUT DOCUMENT ETABLI PAR UN ORGANISME ATTESTANT DE VOTRE ACTIVITE DE SALARIE - FICHE DE POSTE DETAILLEE DE VOTRE EMPLOI ACTUEL.	Aucune limite
VOTRE CURSUS UNIVERSITAIRE ET SCOLAIRE	PHOTOCOPIE DU DIPLOME LE PLUS ELEVE	Aucune limite
VOTRE PARCOURS DE FORMATION	PHOTOCOPIE D'ATTESTATION DE FORMATION, D'ATTESTATION DE STAGE OU CERTIFICAT DE TRAVAIL POUR UNE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE EGALE OU SUPERIEURE A UN AN QU'IL VOUS PARAIT PARTICULIEREMENT IMPORTANT DE PRESENTER	Aucune limite

NE PAS AGRAPHER AU DOSSIER RAEP SVP

**Assistant Médico-administratif Branche Assistance de
Régulation Médicale**

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

Souhaite me présenter au concours sur épreuves de :

Je déclare sur l'honneur :

- l'exactitude de toutes les informations figurant dans le présent dossier.
- avoir pris connaissance du règlement concernant les fausses déclarations ci-dessous :

La loi punit quiconque se rend coupable de fausses déclarations :

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accompli par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. » (Code pénal art. 441-6)

« Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. » (Code pénal art.441-6)

Le service concours du CHU de Nice se réserve la possibilité de vérifier l'exactitude de mes déclarations.

A , le

Signature du demandeur

NE PAS AGRAPHER AU DOSSIER RAEP SVP

VISA DE L'AUTORITE COMPETENTE

Je soussigné(e)

Qualité

Certifie que M......

Est employé(e) dans mes services en qualité de
.....
.....

Fait à

Le

Signature

Cachet du service