

FICHE D'INSCRIPTION AUX EPREUVES DE SELECTION 2020
INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANTE
DU CENTRE HOSPITALIER ROUFFACH

CLOTURE DES INSCRIPTIONS
LE MERCREDI 10 JUIN 2020, MINUIT

Merci de
coller ici
votre photo
d'identité

Avant de compléter les rubriques ci-dessous, lisez attentivement la notice jointe.

Cadre réservé à l'administration

N° du dossier :

Justificatif d'identité

Copie du (des) titre (s)

NOM PATRONYMIQUE : _____ **NOM MARITAL :** _____

Prénom _____

Date et lieu de naissance : le ____/____/____ à _____

Département de naissance : _____

Sexe : M F Nationalité : _____

N° _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél fixe : _____ Tél portable : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Je n'autorise pas l'affichage de mon nom/prénom pour la publication des résultats sur le site internet

INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement informatique (logiciel de gestion BL. concours). Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès.

Je certifie avoir pris connaissance des informations contenues dans la notice.

Je soussigné(e) _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

A : _____

le : _____

Signature