



CONCOURS DE RECRUTEMENT DE TROIS CENT QUARANTE-ET-UN (341) ACDPCTD

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

STRUCTURE BÉNÉFICIAIRE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ

I- IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Numéro NPI :

Numéro matricule :
(Uniquement pour les agents de l'Etat)

NOM : _____

PRENOMS : _____

SEXE : F M PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP : Oui Type de handicap _____
Non

DATE DE NAISSANCE: /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ LIEU DE NAISSANCE _____

ADRESSE : _____ TELEPHONE : _____

DIPLÔME(S) PRESENTE(S) PAR LE CANDIDAT : _____

OPTION/SPECIALITE : _____

ANNEE ET LIEU D'OBTENTION : _____

INSTITUTION AYANT DELIVRE LE(S) DIPLÔME(S) : _____

ETABLISSEMENT : Public Privé

II- RENSEIGNEMENTS SUR LE CORPS/EMPLOI À REMPLIR CONFORMEMENT AU TABLEAU DOCIMOLOGIQUE

N° D'ORDRE DE L'EMPLOI /_/_/ INTITULE DE L'EMPLOI : _____

DIPLOME EXIGE POUR ACCEDER A L'EMPLOI : _____

III-RENSEIGNEMENTS SUR LE DEPARTEMENT DE COMPOSITION ET LA COMMUNE D'EXERCICE CHOISIE CONFORMEMENT AU TABLEAU DE REPARTITION DES EMPLOIS PAR COMMUNE

CHOIX DU DEPARTEMENT DE COMPOSITION Atacora Borgou Littoral Mono Ouémé Zou

LIEU D'AFFECTATION EN CAS D'ADMISSION : DEPARTEMENT _____ COMMUNE _____

Fait à _____, le ___/___/2024

Signature du candidat

PARTIE RESERVEE A L'AGENT CHARGE DE LA RECEPTION DU DOSSIER

Pièces déposées :

Fiche d'inscription Lettre d'engagement quinquennale Acte de naissance Photocopie légalisée du Diplôme
Équivalence Authenticité Certificat de nationalité Extrait du casier judiciaire Certificat médical d'aptitude
Certificat médical précisant le type de handicap pour les personnes handicapés Quittance d'une valeur de 5000 FCFA
Certificat d'individualité Enveloppe timbrée (valeur du timbre 600 FCFA)

PARTIE RESERVEE A L'AGENT CHARGE DE L'ETUDE DU DOSSIER

REJETÉ MOTIF : _____ ACCEPTÉ

Date : _____ Nom et Signature : _____

AVIS DE L'AGENT CHARGE DU CONTROLE

REJETE MOTIF : _____ ACCEPTÉ

Date : _____ Nom et Signature : _____