

CONCOURS INTERNE SUR TITRE DE CADRE DE SANTE

Des établissements publics de santé Année 2022 DOSSIER D'INSCRIPTION

FILIERE INFIRMIERE

1. IDENTITÉ*

Madame Monsieur

NOM (en capitales d'imprimerie) :

NOM de naissance (en capitales d'imprimerie) :

Prénoms (souligner le prénom usuel) :

ex : Marie, Emilie, Sofia

Date de naissance : N° de S.S :

Lieu de naissance : Département (n°) :

2. ADRESSE PERSONNELLE

N° Rue ou lieu-dit :

Localité : Code postal :

Téléphone :

Courriel :

PS : En cas de changement d'adresse prévu dans les 3 mois, merci de nous indiquer également votre nouvelle adresse.

3. SITUATION PROFESSIONNELLE

Quel est votre employeur actuel :

(Adresse) :

.....

Depuis quelle date ?

.....

Grade :

.....

Titulaire Stagiaire Contractuel

Service :

.....

Temps complet Temps partiel %

Vos fonctions dans un établissement public ?

Merci de compléter le tableau ci-dessous :

ETABLISSEMENT	SERVICE	GRADE	PERIODE	% TEMPS DE TRAVAIL

4. DIPLÔMES - CERTIFICATS

NOM DU DIPLÔME	DISCIPLINE	ANNEE D'OBTENTION	LIEU

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Peuvent être candidats les fonctionnaires hospitaliers titulaires du diplôme de cadre de santé, régis par les décrets du 30 novembre 1988, du 29 septembre 2010 et du 27 juin 2011, comptant, au 1^{er} janvier 2022, au moins cinq ans de services effectifs dans un ou plusieurs des corps cités dans le décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012, ainsi qu'aux agents non titulaires de la fonction publique hospitalière titulaires de l'un des diplômes, titres ou autorisation requis pour être recrutés dans l'un des corps cités dans le décret susvisé et du diplôme de cadre de santé, ayant accompli au moins cinq ans de services effectifs en qualité de personnel de la filière infirmière.

PIECES À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION AU CONCOURS

N°	
1.	Le dossier d'inscription entièrement complété et signé ; <input type="checkbox"/>
2.	Une enveloppe (format 11 * 22 cm ou 16 * 11.5 cm) à vos noms et adresse, affranchies au tarif normal en vigueur ; <input type="checkbox"/>
3.	Une demande d'admission à concourir établie sur papier libre dans laquelle le candidat indique, dans le cas de concours ouvert pour pourvoir des postes dans plusieurs établissements, l'ordre de sa préférence quant à son affectation éventuelle en 5 exemplaires ; <input type="checkbox"/>
4.	Un curriculum vitae détaillé établi sur papier libre en 5 exemplaires ; <input type="checkbox"/>
5.	Un état signalétique des services publics rempli et signé par l'autorité investie du pouvoir de nomination en 5 exemplaires ; <input type="checkbox"/>
6.	Le diplôme de cadre de santé , titres de formation, certifications et équivalences dont il est titulaire ou une copie conforme à ces documents en 5 exemplaires ; <input type="checkbox"/>
7.	Photocopie de la carte d'identité (recto-verso) de moins de 10 ans d'âge ou le cas échéant un certificat de nationalité d'un état membre de la Communauté européenne [photo d'identité devant apparaître de manière visible] en 5 exemplaires ; <input type="checkbox"/>
8.	Un exposé de vos titres et travaux : activités professionnelles, formations, réinvestissement, travaux, enseignements et publications en 5 exemplaires ; <input type="checkbox"/>
9.	Vos motivations pour la fonction de Cadre de Santé et votre projet professionnel en 5 exemplaires . <input type="checkbox"/>



Chaque candidat, s'il veut se donner la **meilleure chance de sélection**, doit apporter toute son attention dans la constitution de son dossier et des pièces demandées ainsi que lors de sa participation orale éventuelle afin de permettre à la commission, dont l'appréciation est souveraine, d'effectuer le classement et d'arrêter la liste des candidats retenus.

Les dossiers d'inscription devront être :

ADRESSÉS SOUS PLI RECOMMANDÉ

(CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI)



À l'adresse suivante :

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE
TOURS

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Secteur du Département Développement Professionnel –
Concours
37 044 TOURS CEDEX 9

OU

DÉPOSÉS

(UN RÉCEPISSÉ SERA DELIVRÉ)



À l'adresse suivante :

Site de l'IFPS
[INSTITUT DE FORMATION DES
PROFESSIONS DE SANTE]

Département Développement Professionnel - Rez-de-
chaussée
Rue Mansart, Chambray-lès-Tours

(du lundi au vendredi de 08h00 à 17h00)

AVANT LE LUNDI 12 SEPTEMBRE 2022 17H00

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____ **certifie** sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le dossier d'inscription joint, remplir les conditions d'inscription réglementaires à la date de clôture des candidatures et déclare avoir été averti(e) que toute fausse déclaration de ma part, entraînerait l'annulation de mon éventuel succès au concours.

Je reconnais, en outre être informé(e) qu'en application des articles L 321-1 à L 321-3 du code Général de la Fonction Publique, nul ne peut être nommé à un emploi public s'il ne possède la nationalité française, ou n'est pas ressortissant d'un Etat membre de l'Union Européenne, ne jouit pas de ses droits civiques, si les mentions portées au bulletin n° 2 de son casier judiciaire sont incompatibles avec l'exercice des fonctions, ne se trouve en position régulière au regard du code du service national, ou ne remplit les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction de **Cadre de Santé**.

Conformément à l'article L 325-50 du code Général de la Fonction Publique, si au moment de la vérification des conditions requises pour concourir, (laquelle interviendra au plus tard à la date de nomination) un(e) candidat déclaré(e) admis(e) par le jury ne réunissait pas les dites conditions, il (elle) ne pourrait avoir le bénéfice du concours.

Je m'engage, en cas de succès, à fournir après proclamation des résultats et dans un délai de 15 jours, à compter de la notification qui m'en sera faite, les pièces nécessaires (datant de moins de 3 mois) à la constitution de mon dossier.

A défaut, je serai considéré(e) comme renonçant au bénéfice de mon succès.

Fait à _____ le _____

(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

N.B. : tout dossier non signé sera systématiquement retourné