

**CONCOURS EXTERNE SUR TITRES**  
**POUR L'ACCES AU GRADE**  
**D'ASSISTANT MEDICO-ADMINISTRATIF**  
**Branche Secrétariat Médical**

**Des établissements publics de santé Année 2023**

**DOSSIER D'INSCRIPTION** 

**Etablissements concernés par le concours et pour lequel, vous postulez.**

**Postes au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours**  (cochez la case correspondant à votre choix)

**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** (en cas de changement prévu dans les 03 mois, merci d'indiquer votre nouvelle adresse)

N° ..... Rue ou lieu-dit : .....

Localité : ..... Code postal : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

### 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 DE TRAVAIL

### 4. DIPLÔMES - CERTIFICATS

NOM DU DIPLÔME	DISCIPLINE	ANNEE D'OBTENTION	LIEU

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

Le concours externe sur titres d'Assistant Médico-Administratif est ouvert aux candidats titulaires d'un baccalauréat ou d'un titre ou diplôme classé au moins au niveau IV ou d'une qualification reconnue comme équivalente à l'un de ces titres ou diplômes, dans les conditions fixées par le décret du 13 février 2007.

### PIECES À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION AU CONCOURS

N°	
1.	Le <b>dossier d'inscription</b> entièrement <u>complété</u> et signé. <input type="checkbox"/>
2.	<b>Deux enveloppes</b> (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 <b>demande d'admission à concourir</b> établie sur papier libre en <b>4 exemplaires</b> . Dans le cas d'un concours ouvert pour pourvoir des postes dans plusieurs établissements, il faudra <u>préciser l'ordre de sa préférence</u> quant à son affectation éventuelle. <input type="checkbox"/>
4.	Un <b>curriculum vitae</b> détaillé établi sur papier libre en <b>4 exemplaires</b> , mentionnant notamment les actions de formation suivies et, le cas échéant, accompagné d'attestations d'emploi. <input type="checkbox"/>
5.	Copies conformes des <b>diplômes</b> , titres de formation, certifications et équivalences en <b>4 exemplaires</b> . <input type="checkbox"/>
6.	Une photocopie de la <b>carte nationale d'identité</b> française (recto-verso) ou de ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne ou du livret de famille en <b>4 exemplaires</b> . <input type="checkbox"/>
7.	Le cas échéant, un <b>état signalétique des services militaires</b> ou une photocopie de ce document, ou, pour les candidats n'ayant pas accompli leur service national, une pièce attestant leur situation au regard du code du service national en <b>4 exemplaires</b> . <input type="checkbox"/>
8.	Le cas échéant, un <b>état signalétique des services publics</b> , accompagné de la fiche de poste occupé en <b>4 exemplaires</b> . <input type="checkbox"/>
9.	Un <b>extrait de casier judiciaire</b> (bulletin n°3) en <b>4 exemplaires</b> . <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 RECOMMANDE

(CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI)



À l'adresse suivante :

**CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL ET UNIVERSITAIRE  
DE TOURS**

**DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES**  
Département Développement Professionnel  
Gestion des Concours  
37044 TOURS CEDEX 9

**OU**

##### DÉPOSÉS

(UN RÉCEPISSE SERA DELIVRÉ  
ou ENVOYÉ PAR COURRIEL)



À l'adresse suivante :

Site de L'INSTITUT DE FORMATION  
DES PROFESSIONS DE SANTE  
**DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES**  
**Département Développement Professionnel**  
**Gestion des Concours**  
Rez-de-chaussée  
Rue Mansart, 37170 Chambray-lès-Tours  
(du lundi au vendredi de 08h00 à 17h00)

**AVANT LE LUNDI 24 JUILLET 2023 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 d' **Assistant Médico-Administratif**.

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**