

PROCEDURE DE RECRUTEMENT

SANS CONCOURS

DES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES

Des établissements publics de santé Année 2023

DOSSIER D'INSCRIPTION 

Etablissements concernés par la procédure et pour lequel, vous postulez.

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

Postes au Centre Hospitalier Louis-Sevestre à La Membrolle-sur-Choisille (cochez la case correspondant à votre choix)

Postes au Centre Hospitalier Jean Pages à Luynes (cochez la case correspondant à votre choix)

Si vous souhaitez postuler sur plusieurs établissements, il faut compléter un dossier par établissement.

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

Êtes-vous salarié(e) ? OUI NON

Si oui, quel est votre employeur actuel public ou privé :

.....
(Adresse) :
.....
.....

Depuis quelle date ? :
.....

Grade pour les candidats exerçant dans la fonction publique :
.....

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

La sélection des candidats est confiée à une commission, composée d'au moins trois membres, dont un au moins est extérieur à l'établissement dans lequel les emplois sont à pourvoir. Les membres de cette commission sont nommés par l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'établissement organisateur du recrutement. Cette commission peut se réunir en sous-commissions. Au terme de l'examen du dossier de chaque candidat, la commission auditionne ceux dont elle a retenu la candidature. La commission se prononce en prenant, notamment, en compte des critères professionnels. A l'issue des entretiens, la commission arrête, par ordre de mérite, la liste des candidats déclarés aptes au recrutement. Cette liste peut comporter un nombre de candidats supérieur à celui des postes à pourvoir.

Peuvent se présenter les candidats de nationalité Française ou originaires d'un État de l'Espace Européen.

PIECES À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION AU CONCOURS

N°	
1.	Le dossier d'inscription entièrement <u>complété et signé</u> . <input type="checkbox"/>
2.	Deux enveloppes (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 lettre de candidature et de motivation établie sur papier libre, <u>en 03 exemplaires</u> . <input type="checkbox"/>
4.	Un curriculum vitae détaillant les actions de formation suivies et les emplois occupés en précisant la durée, <u>en 03 exemplaires</u> . <input type="checkbox"/>
5.	Le cas échéant, la copie des diplômes , titres de formation, ou certifications dont vous êtes titulaire, <u>en 03 exemplaires</u> . <input type="checkbox"/>
6.	Une photocopie de la carte nationale d'identité française (recto-verso) ou de ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne, <u>en 03 exemplaires</u> . <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
ET DES ECOLES**

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
ET DES ECOLES**

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 vendredi 29 septembre 2023 à 17 heures 00

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____ **certifie** sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le dossier d'inscription joint (**01 dossier à compléter par établissement**), 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'Agent des Services Hospitaliers Qualifié**.

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
(01 dossier à compléter par établissement)