

<u>Service d'affectation</u>	<u>Chef de service</u>	<u>Date de prise de fonction</u>
------------------------------	------------------------	----------------------------------

DCEM 2 DCEM 3 DCEM 4 // Redoublant : DCEM 2 DCEM 3 DCEM 4

Si vous ne vous êtes jamais présenté(e) dans un service de personnel médical de l'AP-HP, cochez la case

N° APH _____ Si vous ne connaissez pas votre code APH, cochez la case

Etat Civil

Nom patronymique _____ Prénom _____

Nom usuel _____

Né(e) le _____ Lieu de naissance _____

Nationalité _____ Date de naturalisation _____

N° de Sécurité Sociale _____

Adresse Centre de Sécurité Sociale _____

Adresse personnelle _____

Code postal _____ Ville _____

N° de téléphone _____ N° de portable _____

Adresse e-mail _____

Situation De Famille

Célibataire Marié(e) Pacs Divorcé(e) Union libre Veuf(ve)

Nom et Prénom du conjoint _____

Nombre d'enfants ____

Nom Prénom

Date de Naissance

Sexe

Êtes-vous adhérent(e) à une mutuelle : OUI NON AYANT DROIT

Etablissement précédent _____

APHP

Avez-vous déjà travaillé à l'APHP en qualité :

D'étudiant hospitalier rémunéré : OUI NON

Si oui, veuillez préciser les établissements : _____

De personnel non médical : OUI NON

Si oui, veuillez préciser les établissements : _____

Joindre à cette fiche de renseignements

- Copie de la carte nationale d'identité ou du titre de séjour
- Relevé d'identité bancaire
- Copie de la carte de sécurité sociale (salarié et non étudiant)
- Copie de la carte de mutuelle
- Justificatif du titre de transport
- Copie de votre inscription universitaire de l'année en cours
- Copie de l'acte de naturalisation

Fait le _____

SIGNATURE