

FORMATION(S)

| Période | Désignation | Etablissement | Diplôme Obtenu |
|---------|-------------|---------------|----------------|
| | | | |

EXPERIENCE(S) PROFESSIONNELLE(S) OU STAGE(S)

| Période | Entreprise | Fonction/poste occupé |
|---------|------------|-----------------------|
| | | |

Permis de conduire

Obtenu le : _____ à : _____ Véhicule personnel : oui non

Situation actuelle

En poste : CDI CDD

Demandeur d'emploi : oui non

Inscrit à l'ANAPEC : oui non N° Identifiant :

Mobilité Géographique

Secteurs géographiques souhaités : _____

Accepteriez vous un secteur impliquant de changer de domicile : oui non

Si oui, dans quelle région : _____

Je soussigné(e), _____ certifie les informations mentionnées sur ce dossier exactes.

Je conserve la possibilité d'accéder à ces informations et de les rectifier si je le juge nécessaire.

J'autorise l'établissement 2S Santé à conserver ce dossier.

Toutes les informations contenues dans ce dossier sont strictement confidentielles et ne pourront être communiquées qu'avec mon accord.

Date : _____ Signature : _____

Pièces à joindre à ce dossier

- CV
- Lettre de motivation
- 3 photos
- Copie CIN
- Diplômes*
- Permis de conduire*
- Pièce d'Identité*

(*Les originaux seront demandés au cours de l'entretien de sélection)

PARTIE RESERVEE A 2S SANTE