

Année du concours :

Interne de médecine spécialisée :

- Discipline chirurgicale : DES de
- Discipline médicale : DES de.....
- Discipline biologique : DES de

Interne de médecine générale

Interne en pharmacie
Année du concours :

Interne en odontologie
Année du concours :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM de famille..... Nom d'usage.....
Prénom..... Nationalité

Date de naissance Lieu de naissance.....Dpt (.....)

N° de Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse de l'interne :

N° et rue :

Code Postal : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Commune :Dpt (.....)

N° de téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Portable : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse mail :

Adresse des parents : (facultatif- si pas d'adresse actualisée lors de votre prise de fonction)

N° et rue :

Code Postal : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Commune : Dpt (.....)

Etablissement bancaire : (joindre un RIB)

Situation familiale :

- Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e)
 - Veuf(ve) Concubin(e) Séparé judiciairement
- : depuis le :

CONJOINT ou CONCUBIN (joindre copie du livret de famille)
(Nom et prénom.....
(Date et lieu de naissance
(Activité professionnelle
(Employeur

ENFANTS (joindre copie du livret de famille ou acte de naissance)

NOM	PRENOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE

Votre conjoint perçoit-il le supplément familial de traitement pour vos enfants ?

- oui non

↪ Dans la négative, joindre un certificat de non-perception de son employeur ou une attestation sur l'honneur, s'il ne travaille pas ou s'il exerce une profession libérale.

DATE et LIEU des précédents semestres

.....
.....
.....

Langues (pour interprétariat d'urgence sur le CHU) :

Certifié exact,
Date et signature
(obligatoire)



Gestion des internes – Mme CODET (nathalie.codet@chu-rennes.fr) – Mme BEBIN (aurore.bebin@chu-rennes.fr)

Tél. 02-99-28-42-83

**PIECES A FOURNIR EN VUE DE LA NOMINATION EN
TANT QU'INTERNE DANS LA SUBDISION DE RENNES**

Les pièces suivantes sont à adresser par mail

IMPERATIVEMENT AVANT VOTRE ARRIVEE DANS LA SUBDISION DE RENNES

POUR LE 9 OCTOBRE 2019 AU PLUS TARD, A LA DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES DU CHU DE RENNES
(qui est votre centre hospitalier de rattachement, indépendamment de votre 1^{ère} affectation)
Il est nécessaire d'envoyer le maximum de pièces pour le 9 octobre 2019 au plus tard. Le certificat médical peut être retourné pour le 4 novembre 2019 au plus tard

- Une fiche de renseignements dûment complétée
- Un relevé d'identité bancaire
- Un certificat médical obligatoire attestant que le candidat remplit des conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières établi par un médecin hospitalier
- Une copie recto-verso de la carte nationale d'identité et une copie du livret de famille (pour les candidats mariés ou ayant des enfants)
- Photocopie de la carte vitale
- Photo d'identité
- Photocopie nominative des dates de vaccins obligatoires (carnet de santé ou carnet de vaccination)
- Relevé de signature pour authentification des prescriptions par la pharmacie

Pièces à retourner à :

Par mail : nathalie.codet@chu-rennes.fr ou aurore.bebin@chu-rennes.fr