

# FORMULAIRE DE CANDIDATURE

## Universités Infirmières 2010

<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b> <b>Lieu de naissance :</b>
<b>Adresse personnelle :</b>	
<b>Tél. pers. :</b> <b>Fax :</b>	<b>Tél. pers. :</b> <b>e-mail :</b>
<b>Adresse professionnelle</b>	
<b>Tél. prof. :</b> <b>Fax :</b>	<b>Tél. prof. :</b> <b>e-mail :</b>
<b>Position statutaire du candidat (salarié du privé, stagiaire, titulaire de la fonction publique...)</b>	
<b>Titre(s) et diplômes acquis ou en cours d'acquisition (DE, DU, DIU...)</b>	
<b>Infirmier Ressource Douleur</b>  <input type="checkbox"/> en poste transversal depuis : <input type="checkbox"/> en consultation depuis : <input type="checkbox"/> mixte (transversal + consultation ) depuis :	
<b>Lieux d'exercice</b>  <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Réseau <input type="checkbox"/> Autre :	

**Chef de service :**

Nom :

Prénom :

Tél :

Fax :

e-mail :

**Responsable hiérarchique infirmier :**

Nom :

Prénom :

Tél :

Fax :

e-mail :

**Avis du chef de service :**

Date :

Signature :

**Avis du responsable hiérarchique infirmier :**

Date :

Signature :

**Lettre de motivation du candidat :**