

NOM :  
Prénom :  
Grade :  
Service actuel :

☐ Centre Hospitalier de la Côte Basque

☐ Autre Etablissement:

**DOSSIER DE CANDIDATURE  
AU CONCOURS EXTERNE SUR TITRES  
DE TECHNICIEN HOSPITALIER 2ème CLASSE**

**Les candidats devront compléter le dossier ci joint et joindre les documents suivants  
(en 5 exemplaires reliés) :**

- ☐ Courrier de demande d'admission à concourir établi sur papier libre précisant la spécialité
- ☐ Curriculum vitae détaillé établi sur papier libre
- ☐ Copie des titres de formation, certifications ou équivalences
- ☐ Photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité française ou de ressortissant de l'un des Etats membres de L'union Européenne
- ☐ Le cas échéant, un état signalétique des services militaires ou une photocopie de ce document, ou, pour les candidats n'ayant pas accompli leur service national, une pièce attestant leur situation au regard du code du service national
- ☐ Un état signalétique des services publics rempli et signé par l'autorité investie du pouvoir de nomination
- ☐ Copies des fiches de postes occupés
- ☐ Toute autre pièce permettant au jury d'évaluer les acquis et l'expérience du candidat

**ATTENTION LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITES ET NE SERONT DONC PAS RECEVABLES**

A compléter et à renvoyer en Lettre Recommandée avec AR avant le 26 août 2025 :

**CENTRE HOSPITALIER DE LA CÔTE BASQUE**  
**À L'attention de Madame la Directrice des Ressources Humaines**  
**13, Avenue de l'Interne Jacques Loeb**  
**64100 BAYONNE**

FICHE D'INSCRIPTION	
<p>1. Nom et Prénom : _____</p> <p>2. Adresse : _____</p> <p>3. Téléphone : _____</p> <p>4. E-mail : _____</p> <p>5. Date de naissance : _____</p> <p>6. Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme</p> <p>7. Profession : _____</p> <p>8. Niveau d'études : _____</p> <p>9. Année de formation : _____</p> <p>10. Date de début de la formation : _____</p> <p>11. Date de fin de la formation : _____</p> <p>12. Date de signature : _____</p> <p>13. Signature : _____</p>	<p>14. Nom et Prénom : _____</p> <p>15. Adresse : _____</p> <p>16. Téléphone : _____</p> <p>17. E-mail : _____</p> <p>18. Date de naissance : _____</p> <p>19. Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme</p> <p>20. Profession : _____</p> <p>21. Niveau d'études : _____</p> <p>22. Année de formation : _____</p> <p>23. Date de début de la formation : _____</p> <p>24. Date de fin de la formation : _____</p> <p>25. Date de signature : _____</p> <p>26. Signature : _____</p>

**Avis important** : la présente fiche doit être remplie et signée de la main du postulant.

## ÉTAT CIVIL

Nom : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

[illegible]

Nom Patronymique : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Né(e) le :    | |    | |    | |    | |    | |    | |    | |    | |    | |    à-----

Département ou Pays : ----- Nationalité : -----

**Adresse actuelle (complète) :** -----

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Téléphone :** ----- **Portable :** -----

E-mail : -----

**Situation de famille :** -----

**Nombre d'enfants à charge :** -----

**Diplômes obtenus :**

Date de recrutement dans la Fonction Publique d'Etat, Territoriale ou Hospitalière :

**Etablissements et service où vous êtes en fonction :**

**Grade actuel et position statutaire :**

**Emploi actuel:** -----