

NOM :
Prénom :
Grade :
Service actuel :

Centre Hospitalier de la Côte Basque

Autre Etablissement:

DOSSIER DE CANDIDATURE

Concours professionnel de Cadre Supérieur de Santé Paramédical- Filière infirmière

**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
- Curriculum vitae
- Un état signalétique des services publics rempli et signé par l'autorité investie du pouvoir de nomination
- Le diplôme de cadre de santé, titres de formation, certifications et équivalences (ADELI + ORDRE obligatoires pour les infirmiers) dont il est titulaire ou une copie conforme à ces documents
- Un dossier exposant l'expérience et le projet professionnel du candidat, ses titres et ses diplômes obtenus ainsi que ses travaux réalisés jusqu'alors accompagnés des pièces justificatives correspondantes

ATTENTION LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITÉS ET NE SERONT DONC PAS RECEVABLES

A compléter et à renvoyer en Lettre Recommandée avec AR avant le 17 novembre 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

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

ÉTAT CIVIL

Nom : |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Prénoms : |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

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: -----

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le dossier d'inscription joint, remplir les conditions d'inscription réglementaires à la date de clôture des candidatures et déclare avoir été averti(e) que toute fausse déclaration de ma part, entraînerait l'annulation de mon éventuel succès au concours.

Je reconnais, en outre être informé(e) qu'en application des articles L 321-1 à L 321-3 du code Général de la Fonction Publique, nul ne peut être nommé à un emploi public s'il ne possède la nationalité française, ou n'est pas ressortissant d'un Etat membre de l'Union Européenne, ne jouit pas de ses droits civiques, si les mentions portées au bulletin n° 2 de son casier judiciaire sont incompatibles avec l'exercice des fonctions, ne se trouve en position régulière au regard du code du service national, ou ne remplit les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction de **Cadre Supérieur de Santé**.

Conformément à l'article L 325-50 du code Général de la Fonction Publique, si au moment de la vérification des conditions requises pour concourir, (laquelle interviendra au plus tard à la date de nomination) un(e) candidat déclaré(e) admis(e) par le jury ne réunissait pas lesdites conditions, il (elle) ne pourrait avoir le bénéfice du concours.

Je m'engage, en cas de succès, à fournir après proclamation des résultats et dans un délai de 15 jours, à compter de la notification qui m'en sera faite, les pièces nécessaires (datant de moins de 3 mois) à la constitution de mon dossier.

A défaut, je serai considéré(e) comme renonçant au bénéfice de mon succès.

Fait à _____ le _____

(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

N.B : tout dossier non signé sera systématiquement retourné