

**CONCOURS DE PROFESSEUR DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER
DES CENTRES DE SOINS, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DENTAIRES
(décret n° 90 - 92 du 24 Janvier 1990 modifié)**

DECLARATION DE CANDIDATURE

JE SOUSSIGNE (E)

Nom patronymique :

Nom marital :

Prénoms : Date de naissance :.....|_|_|/|_|_|/|_|_|_|

Nationalité :

Adresse personnelle :

Résidence, bâtiment (s'il y a lieu) :

Rue :N° Code postal : |_|_|_|_|_|

Commune :Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse professionnelle :

Etablissement ou organisme :

Rue : N° Code postal : |_|_|_|_|_|

Commune :Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique :.....fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DEMANDE A PARTICIPER AU CONCOURS DE PROFESSEUR DES UNIVERSITES - PRATICIEN
HOSPITALIER DES CENTRES DE SOINS, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DENTAIRES
DANS LA OU LES DISCIPLINE (S) :

.....
.....

AU TITRE DE L'ARTICLE (*) : 21 (concours de type 1) 21-2 (concours de type 2)

PRESENTATION(S) ANTERIEURE(S) : année(s) de concours et discipline(s)

1 ^{ère} candidature		2 ^{ème} candidature		3 ^{ème} candidature	
année	discipline	année	discipline	année	discipline

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le présent dossier et déclare avoir été informé (e) que toute déclaration inexacte de ma part entraînerait l'annulation de mon éventuel succès au concours.

Fait à le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|

Signature

(*) Cocher la case utile

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.