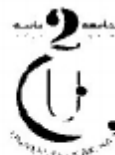
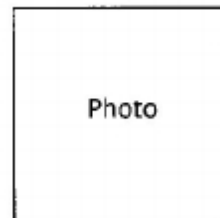




DEPARTEMENT DE MEDECINE
SERVICE DE POST -GRADUATION



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
(Candidat au Concours de Résidanat)



Nom :Prénom :

Date et Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone :

Diplômé de :

Délivré par la Faculté de :

Ancien Résident : Oui/Non

Spécialité :Date D'installation.....

Date de démission :

Graduation des Internes	Service Post -Graduation	Comité de L'organisation du concours
<p>CURSUS :.....</p> <p>Moyenne :.....</p> <p>Le Responsable</p>		

Constitution du Dossier

Généralistes :

- *Extrait de naissance N° 12
- *Photocopie du Diplôme
- * 02 Photos
- * 02 Enveloppes Timbrées
- * Droit d'inscription (500 DA)
- *Photocopie du Bac

Ancien Résidents

- * Décision de démission
- * PV D'installation
- * Extrait de naissance N° 12
- * Photocopie du Diplôme
- * 02 Photos
- *Droit d'inscription (500 DA)
- * Coursus
- *Photocopie du Bac

DEPARTEMENT DE MEDECINE

DECLARATION

Je soussigné (e)

Né (e) le :à..... Wilaya.....

Titulaire du Diplôme de Docteur en Médecine obtenu le :.....

Déclare sur l'honneur que :

- 1- Je me présente pour la :.....fois au concours d'accès au Résidanat
- 2- Je ne suis pas titulaire d'un DEMS ou d'un titre équivalent
- 3- Je n'ai pas fait l'objet d'une décision d'exclusion
- 4- Je n'ai pas déjà repassé le concours dans le cadre au changement de spécialité
- 5- Je ne suis pas Résident (e) dans une autre faculté de Médecine.

Batna le :.....

Signature légalisée

FICHE D'ENGAGEMENT

Je soussigné(e)

NOM:

PRENOM(S):

DATE ET LIEU DE NAISSANCE:

NATIONALITE:

ADRESSE PERSONNELLE:

DATE ET LIEU D'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES MEDICALES:

Demande mon inscription pour participer aux épreuves du concours National du Résidanat et m'engage, sous peine d'annulation de ma candidature, à ne pas fournir d'informations erronées.

Je déclare avoir lu et accepté toutes les conditions citées dans la note relative à l'Inscription au résidanat.

Visa du Département :

Date et signature: