

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: