

FICHE D'ENGAGEMENT

Je soussigné(e),

NOM :

PRENOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

ADRESSE PERSONNELLE.....

.....

.....

DATE ET LIEU D'OBTENTION DU DIPLOME DE

MEDECINE :

Demande mon inscription pour participer aux épreuves du concours national de 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 du Candidat :
(Avec la mention lu et approuvé)