*Formulaire d’inscription à retourner impérativement avant le vendredi 18 avril 2025*

*E-mail :* [asmaa.souali@sfcardio.fr](mailto:asmaa.souali@sfcardio.fr) *, Fax : 01 43 22 63 61*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | Civilité : | Madame Mademoiselle Monsieur | | |
|  | Nom : |  | Prénom : |  |
|  | DDN : | /  / |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Adresses** | | | |
|  |  | |  | |
|  | Adresse Personnelle : |  | | |
|  |  |  | | |
|  | Code Postal : |  | | Ville : |
|  | E-mail personnel : |  | | |
|  | Portable : |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  | Adresse Professionnelle : |  | | |
|  |  |  | | |
|  | Code Postal : |  | | Ville : |
|  | E-mail professionnel : |  | | |
|  |  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Université** | | | | | |
|  |  | | |  | | |
|  | Université de rattachement : | | |  | | |
|  | Nom du responsable universitaire : | | | |  | |
|  |  | ⮱ | Informé de votre demande | | | Non-informé |
|  |  |  |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Situation professionnelle actuelle** | | | | |
|  |  | | | | |
|  | CCA/AHU | PHU | | PH | Autre (préciser) : |
|  |  | |  | | |
|  | Ancienneté :    ans | | | |  |
|  |  | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Poste universitaire envisagé** | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | MCU PH | PU PH | | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  | Université de : | |  | | | |
|  | Année de candidature : | |  | | | |
|  |  | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **Je confirme ma demande d’audition par le CEHU de Cardiologie du 24 avril 2025** |
|  |  |