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

*E-mail :* 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**  |
|  |  |