

استمارة طلب الانتقال رقم: 2

الحركة الانتقالية الخاصة بالمناطق الصعب تزويدها بالموارد البشرية

RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT :

PPR :

NOM :

PRENOM :

N° DE TELEPHONE :

CORPS :

SPECIALITE :

CADRE STATUTAIRE :

DATE DE RECRUTEMENT :

PREMIER LIEU D'AFFCTATION DANS LA PROVINCE :

FORMATION SANITAIRE ACTUELLE :

DATE D'AFFECTION DANS LA PROVINCE :

ANCIENNETE DANS LA PROVINCE D'AFFECTION (N) :

PROVINCE / PREFECTURE (Z) :

CATEGORIE DE LA FORMATION SANITAIRE (C) :

SCORE : S=N+Z+C (S) :

الاسم العائلي :

الاسم الشخصي :

الإطار :

التخصص :

SITUATION FAMILIALE :

NOMBRE D'ENFANTS :

مكان التعيين الحالي :

INFORMATIONS A REMPLIR PAR Mr. LE DELEGUE(E) :

NOMBRE DE POSTES SIMILAIRE (y compris l'intéressé) DANS : - LE LIEU D'AFFECTION :

- LA DELEGATION :

POSTES CHOISIS :

ORDRE DE CHOIX	REGION	DELEGATION	FORMATION SANITAIRE
1			
2			
3			
4			
5			

FAIT-LE :

A :

SIGNATURE DE L'INTERESSE(E) :

SIGNATURE DE Mr. LE
DELEGUE(E) :