

**FICHE D'INSCRIPTION INSTITUT DE FORMATION D'AUXILIAIRES DE PUERICULTURE DU C.H. BASTIA**  
**AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET LES AGENTS DE SERVICE**

**(A REMPLIR AU STYLO BLEU)**

NOM PATRONYMIQUE

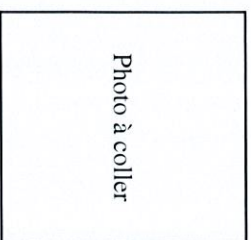
\_\_\_\_\_

NOM D'ÉPOUSE

\_\_\_\_\_

PRENOM

\_\_\_\_\_



DATE ET LIEU DE NAISSANCE

\_\_\_\_\_ SEXE    (F - M)

TELEPHONE

\_\_\_\_\_ PORTABLE  \_\_\_\_\_


ADRESSE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

code postal

ville

ADRESSE E-MAIL 

\_\_\_\_\_

NATIONALITE

\_\_\_\_\_

ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET LIEU DE TRAVAIL.....

**TITRE D'INSCRIPTION (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)**

- ASHQ de la fonction hospitalière et Agents de Service d'au moins 1 an en équivalent temps plein (Annexe 1)
- Baccalauréat ou terminale, Série ou spécialité ..... Date d'obtention : .....  Niveau d'études .....
- Titre ou diplôme homologué au niveau IV ..... Date d'obtention : .....
- A.F.G.S.U. niveaux I et II et année d'obtention \_\_\_\_\_  Attestation MDPH

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et autorise la publication des résultats sur le site de l'Institut.  
A ..... Le .....

**SIGNATURE DU CANDIDAT** (ou du représentant légal pour les mineurs) :



**CENTRE  
HOSPITALIER  
DE BASTIA**



ANNEXE 1 :

## **ATTESTATION**

**DE SERVICE EN TANT QU'AGENT DES SERVICES HOSPITALIERS  
QUALIFIES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE  
OU AGENT DE SERVICE  
1 an d'ancienneté**

Je soussigné(e) .....

Directeur de l'établissement : .....

Adresse : .....

.....

Atteste que M. ou Mme : .....

A été salarié(e) ou est salarié(e) en tant qu'ASH ou Agent de service et justifie d'une ancienneté de service cumulée d'au moins 1 an en équivalent temps plein.

Période du : | | | | au : | | | |

Le,

Cachet et signature :