

CONCOURS DE MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER DES  
CENTRES DE SOINS, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DENTAIRES  
(Décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 modifié)

**DECLARATION DE CANDIDATURE**

JE SOUSSIGNE (E)

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : ..... Date de naissance : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

Nationalité : .....

Adresse personnelle :

Résidence, bâtiment (s'il y a lieu) : .....

N° ..... Rue : ..... Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|

Commune : ..... Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse professionnelle :

Etablissement ou organisme : .....

N° ..... Rue : ..... Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|

Commune : ..... Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse électronique : .....

DEMANDE A PARTICIPER AU CONCOURS DE MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES –  
PRATICIEN HOSPITALIER DES CENTRES DE SOINS, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE  
DENTAIRES DANS LA OU LES DISCIPLINE (S) :

.....  
.....

PRESENTATION(S) ANTERIEURE(S) : Année(s) de concours et discipline(s) :

1 <sup>ère</sup> candidature	
année	discipline

2 <sup>ème</sup> candidature	
année	discipline

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le présent dossier et déclare avoir été informé (e) que toute déclaration inexacte de ma part entraînerait l'annulation de mon éventuel succès au concours.

Fait à ..... le |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Signature