

**CONCOURS DE PROFESSEUR DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER  
DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES  
(Décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié)**

**DECLARATION DE CANDIDATURE**

JE SOUSSIGNE (E)

Nom de famille : .....

Nom d'usage : .....

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

Nationalité : .....

Adresse personnelle :

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

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

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

Adresse professionnelle :

Etablissement ou organisme : .....

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

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

Adresse électronique : ..... fax : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

DEMANDE A PARTICIPER AU CONCOURS DE PROFESSEUR DES UNIVERSITES - PRATICIEN  
HOSPITALIER DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES DANS LA OU LES DISCIPLINE (S) :

.....  
.....

AU TITRE DU OU DES ARTICLE(S) (\*)  61-2 (type 1)     62 a (type 2)     62 b (type 3)

63-1 § 1 (type 4)     63-1 § 2 (type 5)

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

1 <sup>ère</sup> candidature		2 <sup>ème</sup> candidature		3 <sup>ème</sup> candidature	
année	discipline	année	discipline	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

(\*) Cocher selon le ou les types de concours demandés.