**DOCUMENT STRICTEMENT CONFIDENTIEL**

**UTILISATION INTERNE UNIQUEMENT**

**NOM**

|  |
| --- |
|  |

**PRENOM**

|  |
| --- |
|  |

**QUALIFICATION PRINCIPALE**

|  |
| --- |
|  |

**DATE**

|  |
| --- |
|  |



|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS PERSONNELLES** | |
| NOM |  |
| PRENOM |  |
| DATE de NAISSANCE |  |
| LIEU de NAISSANCE |  |
| NATIONALITE |  |
| ADRESSE |  |
| CP et VILLE |  |
| SITUATION FAMILIALE |  |
| PROFESSION DU CONJOINT |  |
| ENFANT(s) à CHARGE / AGE |  |
| TELEPHONE | Personnel :  Professionnel : |
| EMAIL | Personnel :  Professionnel : |
| **INFORMATIONS PROFESSIONNELLES**   |  |  | | --- | --- | | Employeur actuel |  | | Statut actuel |  | | Disponibilité | A compter de : | | Conseil National de l’Ordre des Médecins | N°RPPS : | | Diplôme principal |  | | Date d’obtention |  | | Lieu  Autres diplômes |  | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **CRITERES RECHERCHES** | |
| |  |  | | --- | --- | | Ville / métropole souhaitée | Choix 1 : | |  | Choix 2 : | |  | Choix 3 : | | Type d’établissement souhaité | Public Hospitalier / Privé à but lucratif / Privé associatif (ESPIC)  Votre choix : | | Statut recherché | SALARIE ou LIBERAL :  Si salarié, préciser le temps de travail souhaité : % | | CA actuel | : | | Rémunération annuelle actuelle | *(Préciser si en brut ou en net)*  : | | Souhaits en termes de revenus | : | | Capacité d’apport | OUI / NON :  Si oui, capital maximum souhaité : KE | | Listes des structures que vous avez déjà contactées directement ou non souhaitées  NOM et LIEU | .  .  .  .  .  .  . |   **Actes et type de pathologies prises en charge :**  -  -  -  -  -  -  -  -  - | |
| **Votre projet professionnel :** | |