**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 |  |
| LieuAutres 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 souhaitéesNOM et LIEU | ....... |

**Actes et type de pathologies prises en charge :**--------- |
| **Votre projet professionnel :** |