

**CONSTITUTION D'UN DOSSIER
D'ENREGISTREMENT**

INTERNE de SPECIALITES

- Toutes les pièces sont à fournir en **un exemplaire** au CHU de Bordeaux par courrier (adresse ci-dessous)

avant le 1^{er} OCTOBRE 2023

- Vous devez conserver un exemplaire complet de ce dossier. Après chaque choix, vous devez envoyer, dès connaissance de votre affectation, votre dossier au Centre Hospitalier dans lequel vous êtes nouvellement affecté (à défaut, vous ne serez pas rémunéré).

- 1° La **fiche de renseignements** ci-jointe (signature obligatoire) ;
- 2° Une **photocopie de la pièce d'identité** (acte de naissance pour les personnes nées hors de France Métropolitaine) ;
- 3° Un **extrait n° 3 du casier judiciaire datant de moins de trois mois**, à demander :
➤ par Internet au : <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr>;
- 4° Un **certificat médical délivré par un médecin des hôpitaux** (*Chef de Clinique, Praticien, Chef de Service...*) attestant que l'intéressé(e) "*remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières auxquelles il ou elle postule*"
- 5° Un **certificat médical** attestant que l'intéressé(e) remplit les conditions exigées par la réglementation en vigueur relative à l'immunisation obligatoire contre certaines maladies (poliomyélite, tétanos, diphtérie, tuberculose, hépatite B) ;

Ces certificats n°4 et n°5 doivent obligatoirement figurer dans votre dossier d'enregistrement, à ne pas confondre avec la fiche médicale confidentielle.

- 6° Une photocopie de l'attestation d'ouverture de droits ou photocopie lisible de la **Carte Vitale** ;
- 7° Un **relevé d'identité bancaire ou postal** (et non un chèque annulé, qui ne permet pas d'assurer la prise en compte des traitements).
- 8° Une **photo d'identité**

Dossier à envoyer impérativement à l'adresse suivante

avant le 1^{er} OCTOBRE 2023

DIRECTION GENERALE du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX
Direction des Affaires Médicales (Gestion des Internes)

Equipe Juniors
12 rue Dubernat

33404 - TALENCE CEDEX

☎ 05.56.79.53.05 ou 05.56.79.53.07

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

- Interne de Spécialités -

NOMS & PRENOMS

NOM D'EPOUSE

DATE et LIEU DE NAISSANCE

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

ADRESSE (N° RUE

(DEPT - VILLE

N° TELEPHONE Fixe : Portable :

ADRESSE ELECTRONIQUE@.....

NATIONALITE

SITUATION DE FAMILLE Célibataire - Marié - Séparé - Divorcé - Veuf - Concubin

NOM et Prénom du conjoint

Profession du conjoint

Employeur du conjoint

PUBLIC - PRIVE - C.H.U. - AUTRE (à préciser)

ENFANTS Prénom Date de Naissance

Prénom Date de Naissance

(joindre justificatif : photocopie acte de naissance ou livret de famille)

=====
*Références bancaires : à compléter obligatoirement **et joindre le RIB***

Banque.....

Code banque : Code guichet :

N° de compte : clé

IBAN

=====
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NEE HORS DE FRANCE

METROPOLITAINE qu'il s'agisse de personne de nationalité Française ou Etrangère :

. PAYS DE NAISSANCE DE L'ASSURE

. NOM & PRENOM DU PERE

. NOM DE JEUNE FILLE & PRENOM DE LA MERE

=====
*JE M'ENGAGE A RESPECTER LES REGLEMENTS EN VIGUEUR DANS LES ETABLISSEMENTS OU
J'EFFECTUERAIS MES DIFFERENTS STAGES.*

A, le

Signature



Dr Sylvie OLLIVIER
Médecin du Service Santé au Travail
Direction Générale du CHU de Bordeaux
12 rue Dubernat
33404 TALENCE
Tél : 05 56 79 53 11 - Fax : 05 56 79 48 82

**MERCI DE TENIR COMPTE DES INFORMATIONS
CONCERNANT VOTRE FICHE MEDICALE**

Mesdames, Messieurs,

Vous allez être affecté(e) au CHU de Bordeaux en **2023**. Aussi, nous vous transmettons une fiche médicale confidentielle et vous demandons de :

- **Remplir lisiblement** votre Nom – Prénom – Date de naissance... ,
- **Prendre rendez-vous avec votre médecin traitant** afin qu'il complète la partie vaccinale, la signe et appose son tampon
- **Réaliser une sérologie complète Hépatite B**, si vous n'en avez pas.

Avant votre prise de fonction, vous devez impérativement nous adresser aux mails suivants :

sylvie.ollivier@chu-bordeaux.fr et isabelle.jato@chu-bordeaux.fr

- **votre fiche médicale** complétée et signée
- **votre sérologie complète HEPATITE B** quelle que soit la date (document **OBLIGATOIRE**)
- **Préciser sur l'objet** de votre mail : **vos fonction – vos spécialité**
(exemple : 2021-Interne, 2021-Etudiant médecine, 2021-Etudiant Odontologie, 2021-Etudiant pharmacie, 2021-Etudiant sage-femme...).

En vous remerciant,
Cordialement.

Docteur Sylvie OLLIVIER
Centre Hospitalier Universitaire de BORDEAUX
Service de Médecine du Travail
Docteur S. OLLIVIER
12 rue Dubernat
33404 TALENCE CEDEX
Tél. 05 56 79 53 11

