

Demande d'aménagement des épreuves pour les candidats présentant un handicap

Modalités recommandées par un Médecin relevant de la MDPH :
(Fournir un justificatif pour la date de clôture des inscriptions)

Publication des résultats sur internet et affichage:

(Cocher la case correspondante)

En cas de réussite, afin que les candidats soient informés rapidement, les Instituts du Territoire UBS-Morbihan publient les résultats sur leurs sites internet respectifs.

- J'accepte que mon identité paraisse lors de la publication des résultats sur les sites internet des Instituts du Groupement UBS-Morbihan et sur les panneaux d'affichage de leurs sièges respectifs.
- Je **refuse** que mon identité paraisse lors de la publication des résultats sur les sites internet des Instituts du Groupement UBS-Morbihan et sur les panneaux d'affichage de leurs sièges respectifs. *(Attention, pour que votre demande soit prise en compte, vous devrez fournir un courrier, avec le dossier d'inscription, stipulant le refus de la parution de votre identité lors de la publication des résultats). Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.*

(L'absence de réponse vaut acceptation de la diffusion)

Vaccinations :

Je soussigné(e).....reconnais être informé(e) des conditions vaccinales exigées pour intégrer la formation d'infirmier et m'engage à entamer les démarches nécessaires.

NB : il faut compter un délai de 6 mois pour être immunisé de l'hépatite, Il est donc impératif de ne pas attendre les résultats des épreuves de sélection.

Engagement du candidat :

Je soussigné(e).....atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et reconnais avoir pris connaissance des informations portées dans le dossier d'inscription.

Je soussigné(e).....m'engage à fournir une attestation de désinscription ou de non inscription sur Parcoursup en cas d'admission. **(Dans un délai de 5 jours suivant l'affichage des résultats, soit pour le jeudi 14 mai 2020)**

Fait à

Le

Signature du candidat



RECAPITULATIF DES 3 ANS DES COTISATIONS A UN REGIME DE PROTECTION SOCIALE

NOM :

PRENOM :

Du	Au	% de temps de travail	Nombres d'heures travaillées	Type de contrat	Emploi / Poste	Employeur
06/01/2016	06/01/2019	100%	4 800 h	CDD	Aide-Soignant	Centre Hospitalier
TOTAL						

Je certifie l'exactitude des informations figurant ci-dessus et je joins la ou les attestation(s) citée(s).

Fait àLe
Signature du candidat