Photographie d’identité

Num APH (si connu) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fiche de renseignements**

**À destination des internes nommés en Île-de-France**

□ Madame □ Monsieur

Nom patronymique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(de naissance)

Nom usuel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Département de naissance \_\_\_\_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° sécurité sociale \_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_

Nombre d’enfant(s) \_\_\_\_\_ *(joindre le formulaire relatif au supplément familial de traitement, à demander au BDI)*

Adresse postale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° téléphone portable \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ N° téléphone fixe \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Adresse email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne à prévenir si besoin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° téléphone portable \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Inscription Universitaire 2021/2022 (UFR de rattachement) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **🛈** | **Les informations communiquées par l'interne font l'objet d'un traitement automatisé destiné aux établissements d'affectation des internes et mis en œuvre au Bureau des Internes. Conformément aux articles 34 - 35 et 36 de la loi n° 78.17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'agent dispose d'un droit d'accès, de communication et de rectification des informations nominatives le concernant personnellement, et qui sont contenues dans ce traitement.** |
| **Ce droit s'exerce sur simple demande écrite de l'intéressé(e) à l'adresse suivante :**  **AP-HP – Direction Patient, Qualité et Affaires Médicales – Service des ressources humaines médicales Bureau des Internes et des praticiens étrangers en formation – Bureau 201- 3, avenue Victoria – 75 184 PARIS cedex 04** | |
|  |  |