



## FORMULAIRE DE CANDIDATURE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU GIFE

Nom ..... Prénom.....

N° ADELI : ..... Date de naissance : L L L L L L L L L

N° Diplôme d'Etat Infirmier (*merci de joindre la copie de votre diplôme IDE*) : .....

Lieu et date d'obtention du D.E. d'Infirmier(e) : .....

**Email Personnel**.....

### Adresse Professionnelle complète

Service..... Etablissement .....

Rue.....

Code Postal L L L L L Ville .....

Etablissement : Public  Privé  Autres

Tél L L L L L L L L L L L L L L L L Fax L L L L L L L L L L L L L L L L

### Plate-forme endoscopie

Hépatogastroentérologie  Pneumologie  Autres

### Grade

IDE  Cadre de Santé  Cadre Supérieur de Santé

Je souhaite être candidat(e) au Conseil d'Administration du GIFE, pour un mandat de 3 ans renouvelable, pour les raisons suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

J'ai des compétences particulières (ex : référent en matériel, prothèses, hygiène, enseignement, informatique, maîtrise de la langue anglaise...)

.....

.....

.....

Autres diplômes obtenus pouvant servir à l'activité du GIFE

.....

.....

.....

Date : .....

Formulaire à retourner au :

**Secrétariat du GIFE**  
**BP 9 - 35440 MONTREUIL SUR ILLE**

Signature : .....

