**DECLARATION DE CANDIDATURE A L’ELECTION DES REPRESENTANTS DU PERSONNEL AUX CONSEILS MEDICAUX DE MARTINIQUE**

**SCRUTIN DE SEPTEMBRE 2023**

|  |
| --- |
| **Civilité (Monsieur ou Madame) :**  **Nom de famille :**  **Prénom (s) :**  **Date de naissance :** |
| **Corps d’appartenance :** |
| **Affectation (nom de l’établissement ou service) :**  **Commune :** |
| **Soutenu(e) par une organisation syndicale**   * Oui * non   Si oui, laquelle : ………………………………………………………………………………………………………  **Déclare être candidat(e) à l’élection des représentants du personnel aux conseils médicaux pour le scrutin**  **de septembre 2023. Le vote se déroulera dans le cadre du conseil social académique.**  Date : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/ **Signature** |