

Formation

ECG/Collège / Gymnase /Ecole commerce /Etudes universitaires
(nom, lieu dates)

--

Ecole professionnelle / Apprentissage
(nom, lieu, dates)

--

Diplômes / CFC obtenus

date diplôme

Certificat de radioprotection

Oui Non

date

--

Stages effectués / Place d'apprentissage

Prière d'indiquer le lieu, la durée et la spécialité

Expérience professionnelle

Prière d'indiquer le lieu, la spécialité et les dates d'engagement

Autres cours/perfectionnement

Connaissance des langues

Noter de **x / xx / xxx** vos connaissances

langue

parlée

écrite

Connaissance d'informatique

Oui Non

PC et/ou Mac

--

Type de programmes utilisés / logiciels médicaux

--

Laboratoire

(indiquer les analyses ou techniques particulières acquises après la formation)

--

Autres connaissances acquises après formation

--

Date d'engagement souhaitée

Remplacement (indiquer la date et la durée)

Travail à temps complet (40h.)

Travail à temps partiel

Remarques

Spécialité souhaitée

Remarques

Prière de joindre au présent questionnaire :

- une **photocopie** de votre curriculum vitae
- une photographie format passeport
- des **photocopies** de vos diplômes, certificats de stage, certificats de travail

Je, soussignée, certifie que les renseignements donnés sont conformes à la vérité

date

signature