**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** |