**Affectation des EMFFI au titre de l’année 2019-2020**

**Fiche de renseignements et choix de poste d’affectation**

* **Date d’affectation :……………………………………………….**

**Je soussigné (e) :**

* **Nom & Prénom : …………………………………………………….........................**

**الاسم العائلي و الشخصي:...............................................................................**

* **Sexe  : Masculin Féminin**
* **Nationalité : ……………………………………………………………………….**
* **CIN : ……………………………………………………………………….**
* **Date et lieu de naissance : ……………………………………………………………….**
* **Situation de famille : Célibataire Marié (e )**
* **Adresse personnelle : ………………………………………………………………**
* **Téléphone : ………………………………………………………………**
* **E-Mail : ……………………………………………….@.....................**

**Etudiant (e) en Médecine (7ème année) issu de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de ..................................................**

**Déclare accepter l’affectation que j’ai choisi en qualité d’Etudiant (e) en Médecine Faisant Fonction d’Interne à la délégation du Ministère de la Santé ……………………………………………...**

 **Logé (e)**

 **Non logé (e)**

 **Signature :**

**Ce cadre est réservé à l’administration Centrale**

**Lieu d’affectation choisi :**

 **Logé (e)**

 **Non logé (e)**