

VOTRE MOBILITE

Avez-vous votre permis de conduire ? oui non

Disposez-vous d'un véhicule ? oui non

Acceptez-vous des missions en dehors de votre région ? oui non

Si oui, dans quelles régions ou villes souhaitez-vous travailler ?

Dans quelle(s) ville(s) pouvez-vous être logé(e) au cas où votre mission ne comporte pas de logement fourni par le client ?

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Date de votre dernière visite médicale du travail :

Etes-vous travailleur handicapé ? : oui non

Si oui, merci de joindre RQTH et préciser si aménagement nécessaire :

Avez-vous un statut de retraité ? oui non

Êtes-vous inscrit(e) dans une autre entreprise de travail temporaire ? oui non

Souhaitez-vous recevoir de manière numérique vos contrats (signature électronique) et vos bulletins de salaire ? oui non

Si OUI, cela implique la création simple et rapide d'un compte COFFREO, la marche à suivre vous sera adressée sur simple demande ou lors de l'envoi du 1^{er} document dématérialisé.

Acceptez-vous d'être inscrit(e) à notre liste d'envoi des offres par mail (1/semaine) ?

oui non

Je, soussigné(e).....certifie que les informations données sont sincères et véritables et que je suis libre de tout engagement, y compris vis-à-vis de la fonction publique.

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution d'un contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la finalité déclarée. Conformément à la législation sur la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité des données vous concernant, et d'opposition ou de limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits : rqpd@1termed.fr ou en nous écrivant à l'adresse suivante : 1TERMED Contact Protection des Données – 11, rue de Clocheville 37000 TOURS.

Date :

Signature :

DOCUMENTS A NOUS FOURNIR IMPERATIVEMENT

Lors de votre demande d'inscription sur internet ou par courrier:

- **Votre carte nationale d'identité** (recto-verso) **ou passeport** (le cas échéant votre carte de séjour) **en cours de validité**
- **Vos diplômes ou attestations de réussite** (pour les diplômés étrangers, accompagnés de leurs traductions et de votre autorisation d'exercer en France) ou attestation de scolarité
- **Votre attestation d'inscription à l'ordre et/ou votre carte professionnelle en cours de validité** (Masseur-Kinésithérapeute, Médecin, ...), **N° RPPS**
- **Votre attestation d'inscription au répertoire ADELI**
- **Votre attestation de Carte Vitale ou copie de la carte vitale**
- **La fiche d'aptitude de votre dernière visite médicale du travail** (si elle date de moins de 24 mois)
- **Votre Responsabilité Civile Professionnelle** (si vous en possédez une)
- **Un justificatif de domicile nominatif** datant de moins de 3 mois (facture EDF, facture téléphone, quittance de loyer, document émanant de l'administration fiscale, ...)
- **Votre CV détaillé et actualisé**
- **Les certificats de travail de vos précédents employeurs** ou bulletins de salaire (les 3 derniers)
- **Votre permis de conduire + carte grise du véhicule**
- **Un relevé d'identité bancaire**
- **Une photo d'identité**
- **Votre casier judiciaire** (nous contacter si besoin pour la procédure d'obtention)
- **Votre carnet de vaccinations**

COMPETENCES

IBODE/IADE/IDE		MANIPULATEUR EN RADIOLOGIE	
aide-opérateur		radiologie conventionnelle	
instrumentiste		scanner	
panseuse		IRM	
cardiaque		mammographie	
cardiaque avec CEC		radiothérapie	
coelioscopique		médecine nucléaire	
greffes/dons d'organes		MASSEUR KINESITHERAPEUTE	
gynéco-obstétrique		AVC	
neurochirurgie		bronchiolite	
ophtalmologie		court/moyen/long séjour	
ORL/maxilo faciale		gériatrie	
orthopédie		grands brûlés	
plastique		kiné respiratoire	
stérilisation		kiné sportive	
thoracique		massages à sec	
traumatologie		massages sous eau	
urologie		mobilisation en piscine	
vasculaire		polyhandicapés adultes	
viscérale		polyhandicapés enfants	
anesthésie chir. cardiaque CEC		réadaptation/soins de suites	
anesthésie chir. infantile		rééducation fonctionnelle	
anesthésie neurochirurgie		rhumatologie	
réanimation/soins intensifs			
salle de réveil			
SAMU			
SAGE-FEMME			
bloc obstétrique			
consultations prénatales			
préparation à l'accouchement			
soins aux nouveau-nés			
suites de couches			

Autres (logiciel, matériel et spécificités particulières,...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....