

**CORPS DES DIRECTEURS D'HOPITAL
FICHE DE PROPOSITION POUR L'ACCES A L'ECHELON SPECIAL
DU GRADE DE DIRECTEUR D'HOPITAL DE CLASSE EXCEPTIONNELLE
2025**

Madame Monsieur *(cocher la case correspondante)*

NOM D'USAGE :
NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

INTITULE DES FONCTIONS OCCUPEES (selon l'organigramme) :
(en toutes lettres)

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

Adresse de messagerie professionnelle :

DATE D'ANCIENNETÉ DANS LE GRADE DE DIRECTEUR D'HOPITAL DE CLASSE EXCEPTIONNELLE	
ECHELON ACTUEL DANS LE GRADE DE DIRECTEUR D'HOPITAL DE CLASSE EXCEPTIONNELLE	
DATE DE NOMINATION DANS CET ECHELON	

Appréciations motivées de la proposition ou non proposition :

PROPOSE

NON PROPOSE

<u>Nom-Prénom de l'évaluateur :</u> <u>Qualité :</u> <u>Date et signature :</u>	<u>Date et signature de l'évalué :</u>
--	---