



DEMANDE DE MISE EN DISPONIBILITE

A RETOURNER AU :

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LILLE
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRES
CS 70001 - 59037 LILLE CEDEX**

Mme CLEMENT : 03 20 44 61 24

**AVANT LE : . 1^{er} février (pour le semestre de mai à novembre)
. 1^{er} août (pour le semestre de novembre à mai)**

FONCTION :

DES OU DESC :

ANNEE DE L'ECN :

NOMBRE DE STAGES VALIDES A LA DATE DE LA DEMANDE :

NOM :
PRENOM :

NOM MARITAL :
MATRICULE :

ADRESSE :

EMAIL :

TEL :

DATE DE LA MISE EN DISPONIBILITE :

DUREE :

<p>MOTIFS DE LA DISPONIBILITE PREVUS A L'ARTICLE R. 6153-26 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE</p>

(Cochez la case correspondant à votre situation)

Accident ou maladie grave du conjoint ou d'un enfant (joindre justificatif)
. durée : six mois minimum renouvelable quatre fois (**)

Etudes ou recherches présentant un intérêt général (joindre justificatif)
. condition : six mois de fonctions effectives
. durée : six mois minimum renouvelable quatre fois (*)

Stage de formation ou de perfectionnement en France ou à l'étranger (joindre justificatif)
. condition : six mois de fonctions effectives
. durée : six mois minimum renouvelable quatre fois (*)

Convenances personnelles :
. condition : un an de fonctions effectives
. durée : six mois minimum renouvelable quatre fois (**)

(*) : pendant cette période, l'Interne POURRA EFFECTUER DES GARDES D'INTERNES dans un établissement public de santé

(**) : pendant cette période, l'Interne NE POURRA PAS EFFECTUER DES GARDES D'INTERNES dans un établissement public de santé

Visa du Coordonnateur Local
du DES ou DESC

Date et signature
du demandeur