



## DEMANDE DE MISE EN DISPONIBILITE

A RETOURNER AU :

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE  
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES  
2 avenue Oscar Lambret 59037 LILLE CEDEX  
☎ : 03.20.44.44.22 ☎ : 03.20.44.58.00

AVANT LE : . 1<sup>er</sup> février (pour le semestre de mai à novembre)  
. 1<sup>er</sup> août (pour le semestre de novembre à mai)

FONCTION :

DES OU DESC :

ANNEE DE CONCOURS :

NOMBRE DE STAGES VALIDES A LA DATE DE LA DEMANDE :

NOM :

NOM MARITAL :

PRENOM :

ADRESSE :

EMAIL :

TEL :

DATE DE LA MISE EN DISPONIBILITE :

DUREE :

**MOTIFS DE LA DISPONIBILITE PREVUS A L'ARTICLE R. 6153-26  
DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**(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