

Semestre concerné : Mai 20..... à Nov
Nov 20..... à Mai 20...

DEMANDE D'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT

POUR LES INTERNES QUI ACCOMPLISSENT UN STAGE AMBULATOIRE

Je soussigné(e) (*Nom et Prénom de l'interne*)..... ,

interne de Médecine générale

demeurant (*adresse du domicile*)

.....
.....
.....

inscrit(e) à l'unité de formation et de recherche de (*dénomination de l'UFR*) ,
demande au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes à bénéficier de l'indemnité forfaitaire
de transport conformément à l'arrêté du 4 mars 2014.

**J'atteste par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale
ou partielle de frais de transport pendant mon stage.**

Adresse du lieu de stage :

.....
.....
.....

Kilométrage trajet domicile – lieu de stage :

Moyen de transport utilisé :

Fait, le

Signature de l'interne

*Document à retourner à la Direction des affaires médicales – Bureau des internes.
Par mail de préférence : bp-damr-bureau-des-internes@chu-nantes.fr*