

Direction des Equipes Médicales

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Interne de spécialité | <input type="checkbox"/> Interne en pharmacie |
| <input type="checkbox"/> Interne de spécialité médecine générale | <input type="checkbox"/> Interne en odontologie |
| <input type="checkbox"/> Faisant-fonction d'interne (1) | |

DECLARATION DE SITUATION

NOM : NOM d'épouse :

Prénom : Nationalité :

N° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Lieu :

Adresse fixe :

N° et rue :

Code postal : | | | | | | | Ville :

N° de téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Portable : | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse mail :

Vos coordonnées seront transmises au Président de l'Amicale des Internes et aux internes responsables des tableaux de garde du Centre Hospitalier du Mans.

Etablissement bancaire : Joindre un RIB

Situation familiale : (1)

- Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e)

Date de mariage ou de PACS :

Nom et prénom du conjoint :

Sa profession

Nom et adresse de son employeur :

.....

Enfants :

Nom	Prénom	Date de naissance

Votre conjoint perçoit-il le supplément familial de traitement pour vos enfants ? (1)

- OUI NON

➤ Dans la négative, joindre un certificat de son employeur ou une attestation sur l'honneur, s'il ne travaille pas ou s'il exerce une profession libérale

➤ Pour les enfants de nationalité étrangère résidant sur le sol français, joindre une attestation de résidence.

Avez-vous déjà exercé des fonctions au Centre Hospitalier du Mans ? : OUI NON

(1) cocher la case correspondant à votre situation

Date et signature