

## Direction des Affaires 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**