

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE  
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES**

**DEMANDE D'AUTORISATION DE DEPLACEMENT  
ET DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DU PERSONNEL MEDICAL**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_  
**GRADE :** \_\_\_\_\_  
**ETABLISSEMENT :** \_\_\_\_\_ **SERVICE :** \_\_\_\_\_

**I – RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEPLACEMENT**

**MOTIF DU DEPLACEMENT :** \_\_\_\_\_

**LIEU DU DEPLACEMENT :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_

**TITRE DE LA FORMATION ET ADRESSE :**  
(joindre le programme)

**DATES ET HEURES** <sup>(1)</sup> ) Départ de NICE le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
(  
) Arrivée à NICE le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**II - FRAIS ENGAGES**

<b>MOYEN DE TRANSPORT UTILISE</b> <sup>(2)</sup> :	<b>MONTANT</b> (FRAIS REELS)
- AVION (billet avancé par le CHU : OUI – NON) (2).....	€
- S.N.C.F. (billet avancé par le CHU : OUI – NON) (2).....	€
- VEHICULE PERSONNEL .....	€
<b>FRAIS D'INSCRIPTION</b> <sup>(2)</sup> : OUI - NON.....	€

**DEFRAIEMENTS :**

- Nombre de Repas :..... soit €  
- Nombre de Nuits :..... soit €

Visa du Chef de Service

Visa de l'Intéressé(e)

**NB :** En cas d'avis favorable, les titres de transport et autres justificatifs originaux devront nous parvenir impérativement après le déplacement faute de quoi le remboursement ne pourra avoir lieu.

D'autre part, dans le cadre de la FMC, aucune avance ne pourra être faite par le CHUN.

- (1) A renseigner obligatoirement quel que soit le mode de transport. Cette demande doit être complétée avec soin afin de permettre à l'Administration d'établir correctement les ordres de mission ; Sachant qu'il faut compter 1 h de délai de route en cas de transport par avion et ½ h pour le train, déduire le temps correspondant à l'horaire de départ et le rajouter à l'horaire du retour.  
(2) Rayer les mentions inutiles