



**DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES**

**DEMANDE D'INDEMNITE FORFAITAIRE D'HEBERGEMENT  
POUR LES INTERNES QUI ACCOMPLISSENT  
UN STAGE AMBULATOIRE**

Affaire suivie par Mme TRONGNEUX Laura  
☎ 03 22 08 80 47 📠 03 22 08 80 57  
e-mail : [internes@chu-amiens.fr](mailto:internes@chu-amiens.fr)

**SEMESTRE D'INTERNAT DEBUTANT EN ..... 20..**

Je soussigné(e),

NOM - PRENOM : .....

Interne en : .....

ANNEE : .....

Demeurant : .....

.....

.....

inscrit(e) à l'Unité de Formation et de Recherche d'AMIENS, demande au Centre Hospitalier Universitaire d'AMIENS à bénéficier de l'indemnité forfaitaire d'hébergement conformément à l'arrêté du 3 juillet 2018.

**J'atteste, par la présence, ne bénéficier d'aucun autre dispositif d'hébergement ou aide financière octroyés par une collectivité territoriale pendant mon stage.**

**La demande concerne-t-elle :**

- la 1ère période de stage : .....

*Nom du Praticien et adresse :* .....

- la 2ème période de stage : .....

*Nom du Praticien et adresse :* .....

- la 3ème période de stage : .....

*Nom du Praticien et adresse :* .....

Fait, le .....

Signature de l'interne

**PIECE A JOINDRE OBLIGATOIREMENT : JUSTIFICATIF DE DOMICILE**