Centre Hospitalier Le Mans

Direction des Equipes Médicales

☐ **Interne de spécialité**
☐ **Interne de spécialité médecine générale**
☐ **Faisant-fonction d'interne (1)**
☐ **Interne en pharmacie**
☐ **Interne en odontologie**

DECLARATION DE SITUATION

NOM : ..... NOM d'épouse :.....

Prénom : ..... Nationalité : .....

N° de Sécurité Sociale : I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

Date de naissance : I___I___I___I___I___I___I Lieu :.....

Adresse fixe :

N° et rue :.....

Code postal : I___I___I___I___I___I Ville :.....

N° de téléphone : I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I Portable :

I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

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

Centre Hospitalier du Mans
194 avenue Rubillard
72037 Le Mans Cedex 9

02 44 71 08 54
egachet@ch-lemans.fr