



**CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE**  
**DEPARTEMENT RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES**  
**DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES**

Bureau n° 17 – Secteur INTERNES

Tél. : 33 (0)3 83 85 29 94 ou 33 (0)3 83 85 18 58 ou 33 (0)3 83 85 24 37

E-mail : DAM.internes@chru-nancy.fr

**FORMULAIRE SEMESTRIEL DE DEMANDE D'INDEMNITE FORFAITAIRE D'HEBERGEMENT**  
**Internes en médecine, pharmacie et odontologie**  
**(Article R6153-10 et Arrêté du 3 Juillet 2018)**

Demande au titre du semestre de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de matricule : \_\_\_\_\_

Interne de : \_\_\_\_\_

Stage en soins ambulatoires : \_\_\_\_\_

U.F.R de : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU TRAJET**

**Domicile habituel**

Numéro et rue : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

**CHU de rattachement**

CHU de Nancy  
29 av du Maréchal de Lattre de Tassigny  
54000 NANCY

**Lieu du stage**

Nom du Site ou du maître de stage : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

**RAPPEL** : Le lieu du stage doit être situé dans une zone géographique prévu au 1° de l'article L.1434-4 et à une distance de plus de 30 kilomètres du centre hospitalier universitaire auquel vous êtes rattaché **ET** de votre domicile habituel.

Je soussigné(e), (nom et prénom) \_\_\_\_\_ atteste par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais d'hébergement pendant mon stage et certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

**Ce document doit être complété et renvoyé à la Direction des Affaires Médicales (bureau17) accompagné d'un justificatif de domicile et d'une attestation de non hébergement par le maître de stage.**

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

Signature et cachet de l'établissement :

Avis favorable

Avis défavorable

Motif : \_\_\_\_\_

Fait à NANCY, le \_\_\_\_\_