



# 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 24 37 ou 18 58 ou 29 94  
E-mail : DAM.internes@chu-nancy.fr

## DEMANDE DE CONGES EXCEPTIONNELS INTERNES EN MEDECINE, PHARMACIE ET ODONTOLOGIE

**REFERENCE** : Circulaire DH/PM 1 n°99-380 du 1<sup>er</sup> juillet 1999 relative aux autorisations spéciales d'absence pour les personnels médicaux des établissements publics de santé.

**Des autorisations spéciales d'absence peuvent être accordées à ces personnels par le Directeur de l'établissement public de santé dans les cas et conditions suivantes :**

5 jours ouvrables pour mariage de l'intéressé,  
1 jour ouvrable pour mariage d'un enfant,  
3 jours ouvrables pour chaque naissance ou adoption,  
3 jours ouvrables en cas de décès ou de maladie très grave du conjoint, des père, mère et enfant,  
A l'occasion de la participation des représentants syndicaux des internes à des réunions syndicales.  
Jours enfants malade

**N°matricule obligatoire :**

(Situé en haut à droite du bulletin de salaire)

Nom et Prénom :

Fonctions :

Service :

Etablissement :

**Type du congé :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mariage de l'intéressé | <input type="checkbox"/> Décès ou maladie très grave |
| <input type="checkbox"/> Mariage d'un enfant    | <input type="checkbox"/> Réunions syndicales         |
| <input type="checkbox"/> Naissance ou adoption  | <input type="checkbox"/> Jours enfant malade         |

Dates des congés : .....

Nom d'un remplaçant éventuel (dans le service et pour les gardes) :

Date :

Signature du remplaçant :

Signature du demandeur :

**N.B. : Les demandes de congés doivent être adressées à la Direction des Affaires Médicales 15 jours au moins avant la date de départ sauf cas de force majeure justifiée et accompagnées d'un justificatif.**

Avis du Chef de Service :

FAVORABLE

DEFAVORABLE

MOTIF : \_\_\_\_\_

Signature :