

Actuellement je bénéficie d'un droit d'accès : oui Lequel.....
 non

Je soussigné(e), NomPrénom déclare sur l'honneur que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et m'engage à utiliser la possibilité d'accès, qui me sera éventuellement attribuée, uniquement pour des raisons professionnelles, à respecter le code de la route sur le site et à n'utiliser que les emplacements réservés au stationnement.

Je reconnais avoir été informé(e) que le non-respect de ces engagements conduirait la Direction à me retirer immédiatement le droit d'accès attribué.

Il est rappelé que les règles relatives au Code de la route et le Règlement Intérieur de l'Etablissement sont applicables dans l'enceinte des sites et que les Services de Police sont autorisés à intervenir pour verbaliser et procéder à l'enlèvement de tout véhicule gênant la circulation.

Fait à :

Le :

Signature :

A remplir par le Responsable du service, le cadre supérieur, le cadre administratif, le Président des Internes

FONCTION DE L'AGENT :POLE :

LIBELLE UF :

CODE UF :

STATUTS : Titulaire - Stagiaire CDI CDD

CATEGORIES : Personnels médicaux Personnels Médico-techniques
 Personnels paramédicaux Personnels Administratifs
 Internes Personnels Techniques
 Attachés (Activité libérale) Autres (Précisez)

	Heure d'arrivée	Heure de départ	L*	M*	M*	J*	V*	S*	D*
Poste fixe de jour :			L*	M*	M*	J*	V*	S*	D*
Poste fixe de nuit :			L*	M*	M*	J*	V*	S*	D*
Poste par roulement :			L*	M*	M*	J*	V*	S*	D*
• Matin :			L*	M*	M*	J*	V*	S*	D*
• Soir :			L*	M*	M*	J*	V*	S*	D*

* : Cochez les jours d e présence

Pour les personnels médicaux : Participation à une liste de garde ou d'astreinte oui non

Nécessité de déplacement inter-hôpitaux du C.H.U. oui non

si oui : fréquent occasionnel rare

Lesquels : Hôtel Dieu Hôpital G et R Laënnec Autres (Précisez)

Hôpital Saint Jacques Hôpitaux Gériatriques ↪

Visa du Responsable de service, du Cadre Supérieur, du Cadre Administratif, du Président des Internes...

Nom :

Prénom :

Téléphone :