Centre Hospitalier Saumur Longué-Jumelles	**JUSTIFICATIF DE DEPLACEMENTS**	**DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES AFFAIRES MEDICALES**

ETAT-CIVIL / ADRESSE			
NOM		**PRENOM**	
SERVICE		**GRADE**	INTERNE

ADRESSE (résidence familiale/ résidence administrative)	**RUE**	
	VILLE - CODE POSTAL	

SEMESTRE **2 NOVEMBRE 2026 AU 02 MAI 2027**

DATES		NOV	DATES		DEC	DATES		JANV	DATES		FEV	DATES		MARS	DATES		AVRIL	DATES		MAI
			M	1		V	1		L	1		L	1		J	1		S	1	
			M	2		S	2		M	2		M	2		V	2		D	2	
L	2		J	3		D	3		M	3		M	3		S	3				
M	3		V	4		L	4		J	4		J	4		D	4				
M	4		S	5		M	5		V	5		V	5		L	5				
J	5		D	6		M	6		S	6		S	6		M	6				
V	6		L	7		J	7		D	7		D	7		M	7				
S	7		M	8		V	8		L	8		L	8		J	8				
D	8		M	9		S	9		M	9		M	9		V	9				
L	9		J	10		D	10		M	10		M	10		S	10				
M	10		V	11		L	11		J	11		J	11		D	11				
M	11		S	12		M	12		V	12		V	12		L	12				
J	12		D	13		M	13		S	13		S	13		M	13				
V	13		L	14		J	14		D	14		D	14		M	14				
S	14		M	15		V	15		L	15		L	15		J	15				
D	15		M	16		S	16		M	16		M	16		V	16				
L	16		J	17		D	17		M	17		M	17		S	17				
M	17		V	18		L	18		J	18		J	18		D	18				
M	18		S	19		M	19		V	19		V	19		L	19				
J	19		D	20		M	20		S	20		S	20		M	20				
V	20		L	21		J	21		D	21		D	21		M	21				
S	21		M	22		V	22		L	22		L	22		J	22				
D	22		M	23		S	23		M	23		M	23		V	23				
L	23		J	24		D	24		M	24		M	24		S	24				
M	24		V	25		L	25		J	25		J	25		D	25				
M	25		S	26		M	26		V	26		V	26		L	26				
J	26		D	27		M	27		S	27		S	27		M	27				
V	27		L	28		J	28		D	28		D	28		M	28				
S	28		M	29		V	29					L	29		J	29				
D	29		M	30		S	30					M	30		V	30				
			J	31		D	31					M	31							
TOTAL																				

NOMBRE A/R		**TARIF**	**13**	**MONTANT TOTAL**	

Je, soussigné, auteur du présent, en certifie l'exactitude à tous égards et demande le règlement à mon profit de la somme de ……..

Saumur, le

SIGNATURE DE L'INTERNE

Le Directeur des Ressources Humaines Et des Affaires Médicales,