



HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

[ÉTUDIANT] DEMANDE DE VERSEMENT DE L'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT

CONDITIONS :

- **ACCOMPLIR UN STAGE EN DEHORS DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RATTACHEMENT**
- **SI VOTRE STAGE EST A MI-TEMPS =**
LE LIEU DE STAGE DOIT ÊTRE SITUÉ A UNE DISTANCE DE **PLUS DE 15 KILOMETRES DE L'UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE.**
- **SI VOTRE STAGE EST A TEMPS PLEIN =**
LE LIEU DE STAGE DOIT ÊTRE SITUÉ A UNE DISTANCE DE **PLUS DE 15 KILOMETRES, TANT DE L'UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE QUE DE SON DOMICILE.**

Conformément à :

- **L'article D 6153-58-1 du Code de la santé publique portant dispositions applicables aux étudiants de deuxième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie**
- **L'arrêté du 9 octobre fixant le montant de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants de 2ème cycle des études de médecine.**

Je soussigné(e),, portant le matricule HCL,
étudiant en (préciser la spécialité et l'année), inscrit(e) à l'UFR de
..... (dénomination de l'UFR), demeurant (adresse exacte du domicile)
..... en **mi-temps / temps plein** (rayer la mention inutile)

demande à percevoir l'indemnité forfaitaire de transport de 130 € brut par mois conformément à l'arrêté précité :

- Stage effectué à (cabinet)
- Situé (adresse exacte)
- Sur la période allant du/...../..... au/...../.....

Situé à plus de 15 km de l'UFR de médecine de LYON Est / Lyon Sud et de mon domicile (rayer la mention inutile)

J'atteste par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle des frais de transport pendant mon stage.

Je déclare ne pas être élève du service de santé des armées.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses,

(date et signature)

Formulaire à adresser par courrier postal à la D.A.M
ATTENTION !

DATES LIMITES DE DEPÔT DES DEMANDES :
FIN DE L'ANNÉE UNIVERSITAIRE EN COURS