

DEMANDE D'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT

Textes applicables :

Article D 6153-58-1 du Code de la Santé Publique

Conditions cumulatives à remplir uniquement pour les stages HORS AP-HM :

- Stage à temps partiel
- Lieu du stage situé à plus de 15 km de la structure de formation (Fac de médecine – 27 Bd Jean Moulin)

Nom de l'étudiant	Prénom de l'étudiant
STAGE	Date de début*
	Date de fin*
	Etablissement/Nom du Praticien
	Adresse de l'établissement/du cabinet

**Reporter les dates définies sur la convention de stage*

Eléments à fournir :

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE POURRA ETRE TRAITEE

- Plan du trajet entre la faculté de médecine et le lieu du stage (mappy, google maps...)
- Convention de stage
- Déclaration complétée (*voir ci-dessous*)

DECLARATION A REMPLIR PAR L'ETUDIANT

Je soussigné(e) (*nom et prénom de l'étudiant*)

étudiant hospitalier en Médecine en (*préciser l'année d'étude*)

demeurant (*adresse du domicile*)

inscrit(e) à la Faculté de Médecine de Marseille, demande à l'AP-HM (CHU de rattachement de la structure de formation) à bénéficier de l'indemnité forfaitaire de transport conformément à l'arrêté du 11 mars 2014.

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

Date :

Signature