



CONGE ET AUTORISATION D'ABSENCE

Direction de la Stratégie et des Ressources
Médicales

Nom :

Prénom :

Service :

Je sollicite l'autorisation de m'absenter :

Du / / / / / / / / Au / / / / / / / /

Au titre :

- Congés annuels
- Congés formation
- Autorisation d'absence

soit / / / jours
soit / / / jours
soit / / / jours

Motif :

Signature du Chef de Service

Seclin, le / / / / / / / /
Signature de l'intéressé(e)

Avis de la Direction des Ressources Médicales :

Accord

Refus

Motif :

/ / / jours de congés seront imputés sur vos droits à congés.

Il vous reste : / / / jours de congés annuels