

**Demande de versement de l'indemnité forfaitaire mensuel de transport**

Vu l'Article R. 6153-10 du Code de la santé publique ;

Vu l'Arrêté du 4 mars 2004 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire mensuel de transport pour les internes qui accomplissent un stage ambulatoire ; Cette est versée selon le calendrier de stage indiqué sur votre convention.

Rappel: Une indemnité forfaitaire de transport est versée aux internes qui accomplissent un stage ambulatoire dont le lieu est situé à une distance de plus de quinze kilomètres, tant du centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés administrativement que de leur domicile. Cette indemnité n'est cumulable avec aucun dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport directement versé à l'intéressé

Je, soussigné(e), (nom et prénom) .....

Interne en (préciser spécialité et année).....

demeurant (adresse du domicile).....

inscrit(e) à l'unité de formation et de recherche de.....

**demande à bénéficier de l'indemnité forfaitaire mensuel de transport pour mon stage situé à plus de 15 kilomètres des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et à plus de 15 kilomètres de mon domicile.**

Lieu du stage 1 ..... (établissement / cabinet)

Adresse exacte .....

Période allant du .....au .....

Lieu du stage 2 ..... (établissement / cabinet)

Adresse exacte .....

Période allant du .....au.....

Lieu du stage 3 ..... (établissement / cabinet)

Adresse exacte .....

Période allant du .....au.....

Lieu du stage 4 ..... (établissement / cabinet)

Adresse exacte .....

Période allant du .....au.....

J'atteste par la présente ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transports sur cette période.

Date et Signature de l'étudiant :

**Imprimé à retourner complété, signé et accompagné d'une copie de votre convention de stage à la Direction des Affaires Médicales et de la Stratégie Médicale Territoriale.**