



Formulaire de demande de prise en charge partielle des frais de déplacement Domicile/Travail

*Personnel médical
(hors personnel hospitalo-universitaire)*

Sous peine d'irrecevabilité, joindre au formulaire :

- l'original ou la copie lisible du titre de transport nominatif ; si l'abonnement de transport est chargé sur un support magnétique, la copie lisible recto verso de la carte à puce nominative
- le justificatif de paiement du titre de transport
- une attestation de domicile

Demande complétée par le demandeur

A retourner, à la Direction des Affaires Médicales
Hôtel Dieu St Jacques - 2 rue Viguerie TSA 80035 - 31059 Toulouse cedex 9

Date de la demande :

Nom : Pôle
Prénom : Service
Matricule : Site
Téléphone : Statut
Adresse principale :
.....
.....

1. Type de transport utilisé (à cocher)

- Train
- Bus
- Métro - tramway
- Vélo

2. Type d'abonnement de transport utilisé (à cocher) et coût correspondant

- Annuel €
- Mensuel €
- Hebdomadaire (7 jours) €
- Autre (ex. tarifs combinés SNCF/TISSEO) €

M.....certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et s'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant sa résidence habituelle, son lieu de travail ou les moyens de transport utilisés.

VALIDATION :

Signature du Demandeur :	Signature du Directeur des Affaires Médicales
--------------------------	---