



# 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
--------------------------	---