

## DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

Je soussigné(e) : .....  
Externe - Interne de Médecine Générale

Sollicite une autorisation d'absence de ..... jours pour

- Congé Annuel
- Congé de Maternité   
Date prévue accouchement .....
- Congé de Paternité (joindre copie acte de naissance)
- Congé Exceptionnel : Mariage - Décès   
(joindre pièce justificative - préciser lien de parenté)
- Congé sans solde : uniquement pour DCEM2 et DCEM3   
(1 seule semaine admise pendant le stage chez le praticien)

Date du premier jour d'absence : .....

Date du dernier jour d'absence : .....

Date prévue de reprise du travail : .....

Fait à ....., le .....

Signature de l'Externe ou de l'Interne

Signature et cachet du  
Maître de Stage Responsable

Document à **envoyer** au CHU de Besançon  
Direction des Affaires Médicales  
2 Place St Jacques  
25030 BESANÇON CEDEX

ou à **faxer** au 03 81 21 81 91