

Centre Hospitalier Universitaire
Direction Générale

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
Faculté de Médecine

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

NOM _____ PRÉNOM _____

GRADE _____ SERVICE _____

SOLLICITE une autorisation d'absence au titre de l'année 20 _____

de _____ jours ouvrables ou ouvrés du _____ au _____

POUR :

- (1) – Congé annuel
- (1) – Congrès, colloque, stage, etc. (2)
- (1) – Congé de récupération (2)
- (1) – Congé exceptionnel (2)
- (1) – Congé RTT

(1) Rayer la mention inutile.

(2) Préciser le motif, et, suivant le cas, le lieu, la nature... ainsi que le mode de prise en charge des frais.

NOM ET GRADE DU REMPLAÇANT _____

A Limoges, le _____ 20 _____

Signature du demandeur,

VISA ET AVIS DU RESPONSABLE DE SERVICE

(s'il y a lieu)

DÉCISION

ACCORDÉ – Nombre de jours restants

REFUSÉ – Motif _____

A Limoges, le _____

Le Directeur Général,

A Limoges, le _____

Le Doyen,