

## DEMANDE DE MISE EN DISPONIBILITE

INITIALE       PROLONGATION



Votre référente DAMHU :  
[coralie.clement@chru-lille.fr](mailto:coralie.clement@chru-lille.fr)  
03.20.44.61.24

### **RAPPEL**

Selon l'article R. 6153-26 du code de la Santé Publique, il existe **4 motifs** de mise en disponibilité :

- **Convenances personnelles\*\*** - Durée : 6 mois minimum renouvelable 4 fois  
Condition : 1 an de fonctions effectives
- **Etudes ou recherches présentant un intérêt général\*** - Durée : 6 mois minimum renouvelable 4 fois – JUSTIFICATIF A PRODUIRE  
Condition : 6 mois de fonctions effectives
- **Stage de formation / de perfectionnement en France ou à l'étranger\*** - Durée : 6 mois minimum renouvelable 4 fois – JUSTIFICATIF A PRODUIRE  
Condition : 6 mois de fonctions effectives
- **Accident ou maladie grave du conjoint ou d'un enfant\*\*** - Durée : 6 mois minimum renouvelable 4 fois – JUSTIFICATIF A PRODUIRE

(\*) : Possibilité d'effectuer des gardes d'internes, dans un établissement public de santé

(\*\*) : Impossibilité d'effectuer des gardes d'internes, dans un établissement public de santé

**NOM :**

**NOM MARITAL :**

**PRENOM :**

**MATRICULE :**

**ADRESSE :**

**TEL :**

**EMAIL :**

**FONCTION :** Choisissez un élément.

**DES OU DESC :**

**ANNEE DE CONCOURS :** Choisissez un élément.

**NOMBRE DE STAGES VALIDES A LA DATE DE LA DEMANDE :** Choisissez un élément.

**MOTIF DE MISE EN DISPONIBILITE :** Choisissez un élément.

**DATE DE DEBUT:**

**DUREE :**

**Demande à envoyer  
par mail à Coralie  
CLEMENT avant le :**

1er Février pour  
le semestre de  
Mai

1er août pour le  
semestre de  
Novembre

Date et signature du demandeur

Visa du Coordonnateur Local du DES