



CENTRE HOSPITALIER  
**Samuel Pozzi**  
BERGERAC

**DIRECTION DES  
RESSOURCES HUMAINES**

**Secteur Personnel Médical**

Mme Valérie DUPREZ  
Tél. : 05 53 73 48 76  
Fax : 05 53 73 48 45  
[valerie.duprez@ch-bergerac.fr](mailto:valerie.duprez@ch-bergerac.fr)

Mme Jenna Marcaillou  
Tél. : 05 53 63 86 04  
Fax : 05 53 73 48 45  
[jenna.marcaillou@ch-bergerac.fr](mailto:jenna.marcaillou@ch-bergerac.fr)

M. Julien PATRAT  
Tél : 05.53.73.48.78  
[julien.patrat@ch-bergerac.fr](mailto:julien.patrat@ch-bergerac.fr)

Madame, Monsieur,

Vous êtes recruté(e) au Centre Hospitalier de Bergerac en qualité d'interne.

Vous trouverez dans ce dossier ci-joint :

- . la liste des pièces à fournir pour la constitution de votre dossier
- . la fiche de renseignements à retourner complétée
- . l'attestation sur l'honneur relative à l'hébergement à retourner complétée

Attention : les pièces et les fiches de renseignements doivent être retournées au plus vite afin d'établir votre prochaine paye.

Vous pouvez nous contacter pour tous renseignements relatifs :

- à votre dossier administratif
- à votre rémunération
- à vos congés
- à des arrêts maladies

**Pour tout changement de garde, et afin de pouvoir vous rémunérer correctement, vous devez impérativement nous prévenir PAR MAIL aux adresses suivantes :**

Mme DUPREZ Valérie : [valerie.duprez@ch-bergerac.fr](mailto:valerie.duprez@ch-bergerac.fr)  
Mme MARCAILLOU Jenna : [jenna.marcaillou@ch-bergerac.fr](mailto:jenna.marcaillou@ch-bergerac.fr)  
M PATRAT Julien : [julien.patrat@ch-bergerac.fr](mailto:julien.patrat@ch-bergerac.fr)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Interne de Médecine Générale

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Nom d'épouse \_\_\_\_\_

Date et Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° Tel 06/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 05/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Situation de famille  Célibataire  Marié  Concubin  Pacsé  Veuf

Nom et Prénom du conjoint \_\_\_\_\_

Employeur du Conjoint \_\_\_\_\_

Public  Privé  CHU  Autres (à préciser)

Enfants Nom Prénom Date de naissance

\_\_\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_

*(Joindre justificatif : copie de l'acte de naissance ou livret de famille)*

---

Renseignements complémentaires concernant la personne née hors de France Métropolitaine, qu'il s'agisse de personne de nationalité Française ou Etrangère :

Pays de naissance de l'assuré \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille et  
prénom de la mère \_\_\_\_\_

---

**Je m'engage à respecter les renseignements en vigueur dans les établissements ou j'effectuerai mes différents stages.**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature

**DIRECTION DES RESSOURCES  
HUMAINES**

Secteur Personnel Médical

Affaire suivie par :

Mme Valérie DUPREZ

Tél. : 05.53.73.48.76

[valerie.duprez@ch-bergerac.fr](mailto:valerie.duprez@ch-bergerac.fr)

MME Jenna Marcaillou

Tél : 05.53.63.86.04

[jenna.marcaillou@ch-bergerac.fr](mailto:jenna.marcaillou@ch-bergerac.fr)

M. Julien PATRAT

Tél : 05.53.73.48.78

[julien.patrat@ch-bergerac.fr](mailto:julien.patrat@ch-bergerac.fr)

**LISTE DES PIECES A FOURNIR**

- Photocopie recto verso de **la carte d'identité**,
- Photocopie de **l'attestation vitale**,
- **Relevé d'identité bancaire**, postal ou de caisse d'épargne,
- **Certificat d'aptitude** aux fonctions d'interne,
- **Fiche de renseignements** ci-jointe dûment complétée,
- **Décision de nomination** en qualité d'Interne en Médecine Générale (délivré par le CHU de Bordeaux ou Limoges).
- **Certificat des vaccinations**
- **Votre adresse mail**
- **Votre numéro de téléphone portable**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, interne dans le service de \_\_\_\_\_  
à compter du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ et jusqu'au \_\_\_\_\_

Atteste être :

logé et nourri (midi et soir)

non logé et non nourri  
 non logé et nourri le midi  
 non logé et nourri midi et soir

à l'internat du Centre Hospitalier de Bergerac durant toute la durée du semestre,

et je m'engage à informer la Direction des Ressources Humaines de toute modification de situation.

Fait à

Le

Signature

**Demande (une par abonnement) de prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement correspondant aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail  
(Décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)**

Ministère ou service :

Nom : Prénom :

Affectation :

Numéro de Sécurité sociale :

Grade :

**Questionnaire à servir par l'agent**

***Domicile habituel***

Numéro et rue :

Commune :

Code postal : Bureau distributeur :

***Lieu de travail***

**NB : en présence de plusieurs lieux de travail, remplir autant de formulaires que de lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit à prise en charge partielle**

Numéro et rue :

Commune :

Code postal : Bureau distributeur :

***Arrêt, station ou gare desservant :***

Votre domicile :

Votre lieu de travail :

***Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)***

- 1.
- 2.

- 3.
- 4.

***Nature du titre d'abonnement souscrit auprès du transporteur***

*(NB : en présence de plusieurs titres d'abonnements, remplir un formulaire pour chacun)*

- abonnement multimodal à nombre de voyages illimité
- carte ou abonnement annuel à nombre de voyages illimités ou limité
- carte ou abonnement mensuel à nombre de voyages illimités ou limité
- carte ou abonnement hebdomadaire à nombre de voyages illimités ou limité
- carte ou abonnement à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limité (préciser la durée initiale renouvelable : \_\_\_\_\_)
- abonnement à un service public de location de vélos

**Joindre l'original ou la photocopie du titre d'abonnement**

Coût du titre d'abonnement souscrit : \_\_\_\_\_ , \_ \_ €

Coût de l'offre la plus économique proposée par le transporteur pour cet abonnement : \_\_\_\_\_ , \_ \_ €

**Je déclare que :**

- je ne perçois pas d'indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ;
- je ne bénéficie pas d'un logement de fonction ne me faisant supporter aucun frais de transport pour me rendre à mon lieu de travail ;
- je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonction ;
- je ne bénéficie pas d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail ;
- je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur ;
- je ne bénéficie pas pour le même trajet d'une prise en charge au titre des frais de déplacement temporaires ;
- je ne bénéficie pas des dispositions du décret n° 83-588 du 1er juillet 1983 et ne suis pas atteint d'un handicap dont l'importance empêche l'utilisation des transports en commun.

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature de l'agent :

**Signature et cachet de l'employeur :**