

Demande d'autorisation de déplacement en mission

Nom et Prénom	Grade	Service	Établissement
		CRIA VS IDF	HÔPITAUX DE ST-MAURICE

Mission :

Lieu	Motif	Date de Heure de début de la mission	Date de Heure de fin de la mission

Transport (remboursement effectué sur la base du moyen le plus économique) :

	Aller	Retour
Moyen utilisé : <input type="checkbox"/> Véhicule personnel , indiquez : - immatriculation, - puissance fiscale, - le nom des collègues transportés le cas échéant, - puis complétez l'imprimé <i>Demande d'utilisation de véhicule personnel.</i>		
Date et Heure départ de / retour à Paris		

Frais (vous devrez joindre les justificatifs originaux à votre demande de remboursement) :

Un remboursement de frais incombera-t-il aux HSM ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
--	------------------------------	------------------------------

Saint-Maurice, le : Signature agent demandeur (attestant sur l'honneur l'exactitude des déclarations) :
--

Avis et décision :

	Décision du Chef de service
Nom	
Date	
Avis	<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DÉFAVORABLE
Signature	