

## **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

### **A lire et à remplir complètement**

Nom :	Prénom :
Date de naissance :  Adresse postale <u>complète</u> :	Lieu de naissance :  N°Département :  Pays de naissance :
Nationalité :	<b><u>Si de nationalité étrangère :</u></b> Nom et prénom du père :  Nom et prénom <b>de naissance</b> de la mère :
n° tél. portable :	<b>Adresse e-mail :</b>
n° Sécurité Sociale :	Adresse (ou ville) de votre caisse de sécurité sociale
Célibataire  Pacsé (e) depuis le : Marié (e) depuis le : Votre nom de jeune fille :	Nom et prénom de votre conjoint :  Enfants : Noms – Prénoms – Dates de naissance :
<b>Service d'affectation au CH de Troyes à compter du 04 novembre 2024 :</b>	<b><u>Etes-vous</u></b> : (entourer la réponse)  Interne Med. Gé  Interne de spé
<b>Nombre de semestres déjà validés au 04 novembre 2024 :</b>	<b><u>Etes-vous</u></b> : (entourer la réponse)  Phase socle Phase d'approfondissement Phase de consolidation
<b><u>Souhaitez-vous êtes logés :</u></b>  <b>OUI OU NON</b>	Si Docteur Junior : Numéro RPPS :

## Liste des documents à fournir :



- 1 – Fiche de renseignements administratifs duement rempli.
  - 2 - Photocopie de votre carte d'identité ou de votre passeport.
  - 3- Photocopie de votre carte d'étudiant ou certificat de scolarité de l'année universitaire.
  - 4 - **R.I.B.**
  - 5 - Photocopie de l'attestation de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou photocopie lisible de votre carte vitale.
- 
- 6 - Certificat médical établi par un praticien agréé justifiant que vous remplissez les Conditions d'aptitude ou si vous ne possédez pas ce certificat, prendre RV avec le service de la médecine du travail du C.H. de Troyes - Tél : 03 25 49 49 54.
  - 7 - Copie du carnet de vaccinations obligatoires ou certificat attestant les vaccinations obligatoires à jour.
  - 8 - Extrait de casier judiciaire n° 3 datant de moins de trois mois.
  - 9 - **Si vous êtes logé(e) par le C.H. de Troyes :**
    - Attestation d'assurance couvrant les risques locatifs de votre logement à **Troyes : OBLIGATOIRE.**
    - La fiche « INFORMATION LOGEMENT » ci-dessous obligatoirement signée.
    - L'autorisation de prélèvement ci-dessous obligatoirement signée.
  - 10 - Dépôt de signature complété, à faire remplir par votre responsable de service à votre arrivée, et à nous retourner ensuite.
  - 11 - Si enfant(s) à charge : photocopie du livret de famille et attestation de l'employeur certifiant que votre conjoint(e) ne perçoit pas le supplément familial.
  - 12 - **Si interne de nationalité étrangère :**  
Photocopie du titre de séjour en cours de validité, de l'autorisation de travail en cours de validité et du passeport en cours de validité.
  - 13 - **Si Docteur Junior :**
    - Autorisation écrite du chef de service pour être posté au poste de sénior rémunéré en garde de sénior.
    - Inscription à l'ordre des Docteur Junior à fournir des réceptions.
    - Si titulaire d'une licence de remplacement : justificatif avec le numéro de RPPS.

**Dossier à retourner avant le 14 Octobre 2024**

A l'adresse mail : [marine.phlippon@hcs-sante.fr](mailto:marine.phlippon@hcs-sante.fr)



# INFORMATION LOGEMENT

Madame, Monsieur,

Un logement en colocation à titre gratuit est disponible pour tous les internes en stage au CHT.

**Cette prestation est imposable et soumise à cotisation.**

Une caution de 300 euros (prélevée sur 2 mois) vous sera demandée à votre arrivée, et rendue après votre départ par le service des finances. (Pour toutes questions relatives aux rendus des cautions et états des lieux : "BERLOT, Florian" [florian.berlot@hcs-sante.fr](mailto:florian.berlot@hcs-sante.fr) ).

Les internes logés seront redevables de la taxe d'habitation (environ 200 euros par colocataire), redevance qui vous sera adressée directement par le centre des impôts de l'Aube.

Les animaux ne sont pas autorisés dans les logements.

## **RESERVATION LOGEMENT :**

Pour réserver une place dans un logement ou pour tout renseignement concernant le logement, prendre contact le plus rapidement possible par mail à l'adresse : [internat.coit@gmail.com](mailto:internat.coit@gmail.com)

Il convient de lui indiquer si vous voulez être logé(e) **ou si vous ne souhaitez pas être logé**, et si vous souhaitez être logé(e) avec des personnes en particulier, lui préciser leurs noms et prénoms.

Merci d'être patient pour la réponse. Tous les internes du CHT auront une place dans un logement. **Ne pas téléphoner aux affaires médicales**, ce bureau ne gère pas les logements. Les internes chez le praticien pourront disposer également d'une place dans un logement.

## **Une fois la validation de votre affectation dans un logement :**

Les clés de votre appartement mis à votre disposition seront à prendre au Standard du CHT. Vous y trouverez une enveloppe portant votre nom et l'adresse de votre logement. Les logements se trouvent à 200 mètres environ du centre hospitalier.

Dans votre logement F4, vous aurez à votre disposition une chambre particulière avec un lit de deux personnes. Vous partagerez avec vos colocataires : cuisine, salle de bains, WC. Il convient d'apporter votre linge de toilette, oreillers, couette et draps, éventuellement vaisselle, produits d'entretien, ....

Pour toutes questions sur l'ameublement, problèmes techniques du logement, etc : "Technique CAFFET Jeremy" [jeremy.caffet@hcs-sante.fr](mailto:jeremy.caffet@hcs-sante.fr) .

Le badge d'accès est à aller chercher au bureau du patrimoine auprès de Madame VASSEUR, bureau M2.

*INTERNE(nom/prénom) : .....*

*Date et Signature obligatoire, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ».*



**AUTORISATION DE PRELEVEMENT**  
**SUR SALAIRE PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE TROYES**

Je, soussigné(e).....

Service : .....

Autorise le centre hospitalier de Troyes à prélever directement sur mon salaire la caution de 300 euros prélevée sur deux mois (décembre 2024 et janvier 2025) pour la mise à disposition d'un logement à titre gratuit.

Cette caution me sera restituée après l'état des lieux de sortie.

Fait à

le

**Signature de l'interne**



## **DEPOT DE SIGNATURE DES INTERNES**

**En application des dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé**

**Nom : ..... Prénom : .....**

**Service : .....**

**Signature de l'interne :**

**Contre-signature du responsable de service attestant la délégation de signature pour les commandes journalières de médicaments et les ordonnances, à l'exclusion des produits réservés à l'usage hospitalier et des attestations médicales pour les produits majeurs ou hors livret thérapeutique.**

**Signature du responsable de service ou chef de pôle :**