



CENTRE  
HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE  
BORDEAUX

# DEMANDE DE CONGE OU AUTORISATION D'ABSENCE AU TITRE DE L'ANNEE **20**

## PERSONNEL MEDICAL

A remettre au Bureau du Personnel Médical de site, après signature du Chef de Service, **et avant votre départ.**

Je soussigné(e) ..... Code agent : .....

Service : ..... Statut : .....

Sollicite un congé du ..... au ..... inclus au titre de :

ACTIVITE A TEMPS PLEIN	ACTIVITE A TEMPS PARTIEL (Praticiens Hospitaliers, Praticiens Attachés)		
.....Jours Consécutifs	QUOTITE : .....%		
.....Jours Ouvrables	Cocher les demi-journées habituellement travaillées		
	Matin	Après-Midi	
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			

CONGE ANNUEL	
REDUCTION TEMPS DE TRAVAIL	
RECUPERATION C.E.T	
RECUPERATION DEPLACEMENT ASTREINTE	
ASTREINTE RECUPEREE	
NAISSANCE ENFANT <sup>(1)</sup>	
CONGE PATERNITE	
MARIAGE (agent, enfant) <sup>(1)</sup>	
DECES <sup>(1)</sup>	
CONGE REMPLACEMENT (CCA/AHU)	
MISSION <sup>(1)</sup>	
FORMATION PERMANENTE <sup>(1)</sup>	
CONGE SYNDICAL <sup>(1)</sup>	
MANDAT ELECTIF	

Le travail sera effectivement repris le :

Bordeaux le : .....  
Signature du demandeur

<sup>(1)</sup> joindre un justificatif

Avis du Chef de Service : .....  
Bordeaux le : .....  
Signature