



DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

**DEMANDE D'INDEMNITÉ FORFAITAIRE DE TRANSPORT POUR LES ETUDIANTS DE
3^{ème} CYCLE DES ETUDES DE MEDECINE, D'ODONTOLOGIE ET DE PHARMACIE
ACCOMPLISSANT UN STAGE AMBULATOIRE**

(joindre un justificatif de domicile du semestre en cours)

Je soussigné(e) (*nom et prénom*),
étudiant(e) de 3^{ème} cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie (*préciser
l'année*), demeurant (*adresse du domicile*)
.....,
inscrit(e) à l'unité de formation et de recherche de l'UFR de RENNES demande au centre
hospitalier universitaire de Rennes à bénéficier de l'indemnité forfaitaire de transport
conformément à l'arrêté du 4 mars 2014, pour la période du
au pour un stage ambulatoire réalisé (nom et lieu de stage)
.....,
situé à une distance de plus de 15 kilomètres, tant de mon centre hospitalier universitaire de
rattachement que de mon domicile.

J'atteste, par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou
partielle de frais de transport pendant mon stage.

Fait à, le

Signature de l'étudiant(e)

Références réglementaires :

Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de 3^{ème} cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie.

Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire de transport pour les des étudiants de 3^{ème} cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie prévu au 8° de l'article R 6153-10 du Code de la Santé publique

A retourner signé par mail avec le justificatif de domicile du semestre en cours : dam-etudiantsmedicaux@chu-rennes.fr