

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE AU LOGEMENT STAGE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

### I. Identité du demandeur

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

E-mail : .....@.....

N° de téléphone : .....

### II. Informations relatives au stage

Nature du stage :  Ambulatoire  Hospitalier

Externe  Interne

Date de début et de fin de stage : Début : ..... / ..... / ..... Fin : ..... / ..... / .....

Terrain de stage (indiquer la commune d'exercice du MSU ou l'établissement hospitalier) :

.....  
.....

Nom du Maître de stage principal : .....

### III. Informations hébergement :

Adresse de l'hébergement : .....

CP : ..... Commune : .....

Montant du loyer (préciser la périodicité) : ..... €  hebdomadaire  mensuel

Nom et prénom du propriétaire : .....

Coordonnées du propriétaire : .....

### IV. Attestation sur l'honneur/Engagement

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur louer un logement lié à l'exercice de mon stage en médecine au titre du ..... semestre de l'année ...../..... et à ce titre, m'engage à :

- A informer le Département de l'Ardèche ([cellule.sante@ardeche.fr](mailto:cellule.sante@ardeche.fr)) de tout changement de situation notamment relatif à l'abandon du logement (dans le cas d'un abandon, le Département de l'Ardèche procéderait alors à la mise en recouvrement des sommes versées à l'intéressé(e)) ;
- A fournir l'ensemble des quittances de loyer à l'issue du stage en médecine.

Date et Signature du demandeur