

**MODALITES DE DEMANDE DES FRAIS D'INDEMNISATION DITS « PERTE DE RESSOURCES »
LORS DE FORMATION MSU PRISE EN CHARGE PAR LE DEPARTEMENT DE L'ARDECHE**

I. Identité du demandeur

NOM : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail :

N° de téléphone :

II. Informations relatives au lieu d'exercice :

Nom du cabinet :

Adresse du cabinet :

.....
.....
.....

III. Informations relatives à la formation :

Intitulé de la formation :

Dates de la formation : du/...../20..... au/...../20.....

Lieu de la formation :

IV. Attestation sur l'honneur/Engagement

Je soussigné(e) Mr/Mme atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des modalités des frais d'indemnisation dits « perte de ressources » pour les médecins non pris en charge par l'ANDPC et m'engage :

- à fournir toutes les pièces demandées,
- à informer le Département (cellule.sante@ardeche.fr) de tout changement de situation notamment relatif à l'abandon des études, ou dans un cas particulier pour lequel l'engagement de servir ne serait pas respecté (dans le cas d'un abandon, le Département de l'Ardèche procéderait alors à la mise en recouvrement au prorata des sommes versées à l'intéressé(e)),

Le/...../20..... à

Signature du demandeur