

**DOSSIER ADMINISTRATIF DE L'ETUDIANT
HOSPITALIER en 5^{ème} Pharmacie**

Les dossiers administratifs doivent impérativement être retournés dûment complétés pour le :

17 JUILLET 2015
(Délai de rigueur)

- **Soit par E-MAIL à l'adresse ci-dessous :**

bureau-des-etudiants@chu-nantes.fr

- **Soit par courrier à l'adresse ci-dessous :**

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES ET DE LA RECHERCHE DU C.H.U.
Immeuble Deurbroucq
5, allée de l'Île Gloriette
1er étage - Bureau des Etudiants
44093 NANTES CEDEX

- **Soit déposé au bureau des étudiants :**
uniquement le 17 juillet 2015
(Bureau ouvert de 9h00 à 16h00)

A défaut de remise du dossier dans les délais,
l'étudiant ne pourra pas INTEGRER les services de soins du CHU (sans la carte GAIA) ET le salaire du mois de septembre ne pourra pas être versé.

Bureau des Etudiants - Immeuble Deurbroucq
5 allée de l'île Gloriette
44093 NANTES CEDEX 1

☎ 02.40.08.72.43

Mme Sylvia LEMIERRE-Mme Chrystelle LE PAIH-CAVAREC
bureau-des-etudiants@chu-nantes.fr

**ETUDIANT HOSPITALIER EN 5^{ème} ANNEE
DE PHARMACIE
Année Universitaire 2015-2016**

ETAT CIVIL

NOM -----

NOM DE JEUNE FILLE -----

PRENOM -----

N° SECURITE SOCIALE / / / / / / / / / / / / / / / / / CLE / / / /

DATE DE NAISSANCE / / / / / / / / / LIEU -----

NATIONALITE -----

DATE DE MARIAGE / / / / / / / / /

DATE DE VIE MARITALE / / / / / / / / /

DATE DU P.A.C.S. / / / / / / / / /

NOM ET PRENOM DU CONJOINT -----

DATE DE NAISSANCE / / / / / / / / /

ADRESSE

N° ET RUE -----

COMMUNE -----

CODE POSTAL / / / / / / / / /

ADRESSE MAIL -----

N° DE TELEPHONE / / / / / / / / / / / / / / / / /

N° DE PORTABLE / / / / / / / / / / / / / / / / /

JOINDRE OBLIGATOIREMENT 2 ORIGINAUX DE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

ACTIVITE DU CONJOINT

PROFESSION _____ Depuis quelle date /_/_/_/_/_/_/

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR _____

ENFANTS

Date de naissance	Nom	Prénom	A charge Oui - Non

Joindre une photocopie de votre livret de famille

Votre conjoint perçoit-il le supplément familial de traitement pour vos enfants ? Oui Non

(Dans la négative, joindre un certificat de son employeur ou une attestation sur l'honneur, s'il ne travaille pas ou s'il exerce une profession libérale)

DATE et SIGNATURE :**PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR**

- ⇒ Une photocopie d'une pièce d'identité (recto/verso) + copie du titre de séjour pour les étudiants étrangers
- ⇒ Un relevé d'identité bancaire ou postal (en 2 exemplaires)
- ⇒ Une photocopie de votre carte vitale
- ⇒ Une photo d'identité (mini photo refusée) (avec nom prénom et promotion inscrite au dos)
- ⇒ Le certificat médical ci-joint complété par votre médecin (daté de moins de trois mois au 1^{er} septembre 2015)

+ un certificat de scolarité de la nouvelle année universitaire à nous transmettre dès que la Faculté vous l'aura adressé.

**ATTENTION : Toutes les pièces administratives sont obligatoires
pour le versement de votre salaire de septembre 2015**

POLE DIRECTION GENERALE ET STRATEGIE
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES
ET DE LA RECHERCHE



DOCUMENTS A ADRESSER

à la DIRECTION des AFFAIRES MEDICALES - Bureau des Etudiants
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
5 allée de l'Île Gloriette - 44093 NANTES CEDEX 1
Téléphone 02-40-08-72-43

CERTIFICAT MEDICAL
Daté de mois de 3 mois au 1^{er} septembre 2015

Je soussigné, Docteur _____

Certifie que Madame - Mademoiselle - Monsieur (1)

Nom patronymique : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

né(e) le

--	--	--

 lieu : _____

- remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières, (1)
- remplit les conditions d'immunisation contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et le B.C.G., (1)
- est immunisé(e) contre la fièvre typhoïde {uniquement pour les étudiants amenés à exercer une activité dans un laboratoire avec manipulation des selles}. (1)

Fait à _____ le _____

Signature et **cachet obligatoire** du médecin

(1) le BCG est exigé, même ancien, à l'embauche associé à une IDR à la tuberculine à l'entrée dans la profession (test de référence).

A compter de la cinquième année d'études en pharmacie, vous devenez salarié(e) du C.H.U. de Nantes vous devez donc effectuer votre changement de régime auprès de la sécurité sociale, afin de passer du régime étudiant au régime général de la sécurité sociale.

A ce titre, vous trouverez, **ci-joint**, un imprimé à envoyer à la **Caisse primaire d'assurance maladie** de votre lieu de résidence, accompagné de :

- une copie de votre 1^{er} bulletin de salaire en tant qu'étudiant du C.H.U. de Nantes (*vous le recevrez fin septembre 2015 au sein de votre service d'affectation*)
- un relevé d'identité bancaire ou postal.
- Décision de nomination
- Certificat de scolarité

**POUR LES ETUDIANTS HABITANT EN LOIRE ATLANTIQUE,
L'ADRESSE EST LA SUIVANTE :**

**CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
9, rue Gaëtan Rondeau
44269 NANTES CEDEX 2**



DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION

entraînant un changement de caisse primaire d'affiliation

VOLET 1 destiné à la nouvelle CPAM d'affiliation

VOLET 2 destiné à la CRAM

VOLET 3 destiné à la précédente CPAM d'affiliation

CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM	CPAM	N° DE DOCUMENT	1 0 0	CRAM
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
CPAM AFFILIATION		CPAM PREST.		CENTRE PAIE
CPAM PROVENANCE		DATE DE CHANGEMENT DE CPAM OU EFFET MUTATION		

ASSURÉ (E)

(1) Monsieur Madame Mademoiselle

NOM _____ (EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)

PRÉNOMS _____ (Dans l'ordre de l'état-civil)

ÉPOUSE DE _____ (NOM EN CAPITAL D'IMPRIMERIE)

SEXE (1) Masculin Féminin Nationalité _____

DATE DE NAISSANCE: JOUR _____ MOIS _____ AN _____ Commune de naissance _____

ADRESSE ACTUELLE PRÉCISE: N° _____ VOIE _____ (Nécessite et nom de la voie)
 (COMPLÉMENT D'ADRESSE: ville, quartier, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)
 COMMUNE _____

(CODE POSTAL) _____ BUREAU DISTRIBUTEUR: à indiquer s'il est différent de la commune de résidence.

Adresse précédente _____

Date d'arrivée dans le nouveau département _____

Durée du séjour (1) égale ou inférieure à 6 mois supérieure à 6 mois

1 - SITUATION ACTUELLE

Quelle est votre situation actuelle ? (2) étudiant-salarié

Si vous êtes salarié(e), veuillez indiquer ci-après :

Le nom et l'adresse de votre employeur actuel { CHU de Nantes - 5 allée de l'île Gloriette - 44093 NANTES CEDEX 1

N° Employeur (2) siret 26440013600471 Organisme auquel sont versées les cotisations vous concernant (2) URSSAF 440000000780170973

Nature de l'emploi (2) Etudiant 5ème pharma Adresse du lieu de travail _____

Date d'embauche _____

2 - SITUATION ANTÉRIEURE A LA SITUATION N 1

Période du _____ au _____

Quelle était votre situation à cette période ? (2) _____

Si vous étiez salarié(e) à cette période, veuillez indiquer ci-après :

Le nom et l'adresse de votre employeur à cette époque { _____

N° Employeur (2) _____ Organisme auquel étaient versées les cotisations vous concernant (2) _____

Nature de l'emploi (2) _____ Adresse du lieu de travail _____

Date d'embauche _____ Date de départ _____

Caisse à laquelle vous perceviez vos prestations de Sécurité Sociale _____

Période sans emploi, du _____ au _____ motif _____

A _____ le _____ Signature _____

"La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale"

(1) Mettre une croix dans le cas de la réponse exacte - (2) Se référer à la notice explicative





n° 50731#01

Pour ne pas retarder le règlement des prestations auxquelles vous pourriez prétendre, le changement de caisse d'affiliation doit être demandé dans les situations mentionnées

- si vous avez changé définitivement de résidence ;
- si votre nouvel employeur cotise à une caisse autre que celle où vous étiez précédemment affilié (e).

CONSEILS POUR COMPLÉTER VOTRE DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION

Il convient de compléter chacune des rubriques désignées ci-après, en tenant compte des précisions fournies pour chacune d'elles :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> "Qu'elle est votre situation actuelle"
<div style="text-align: center;">ou</div> <input type="checkbox"/> "Quelle était votre situation à cette époque" | } | Préciser si vous êtes ou si vous étiez salarié (e), étudiant (e), retraité (e), pensionné (e), rentier (e) AT, sans emploi, assuré (e) volontaire. |
|---|---|--|

- Si vous êtes (ou si vous étiez salarié (e), il vous appartient de mentionner à la ligne prévue à cette effet "le N° Employeur", et "l'organisme auquel sont versées les cotisations vous concernant", tels qu'ils figurent sur vos bulletins de salaire. Il suffit donc de reproduire ces indications.

"Nature de l'emploi"

Les agents des administrations et des services publics doivent préciser s'ils sont "agents titulaires" ou "agents auxiliaires", ou "agent contractuels". Pour les autres catégories de salarié (e)s, il est nécessaire de préciser, à cette rubrique, s'il s'agit éventuellement :

- d'un VRP à cartes multiples,
- d'un travailleur à domicile,
- d'un travailleur saisonnier,
- d'un agent d'assurances travaillant pour plusieurs employeurs,
- d'une nourrice ou gardienne d'enfants,
- d'un artiste du spectacle, isolé et rémunéré au cachet,
- d'un travailleur exclusif en extra, employé dans un café, dans un hôtel, ou dans un restaurant.

PIÈCES A JOINDRE A L'APPUI DE VOTRE DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION

Dans tous les cas il convient d'adresser à la caisse (ou au centre) dans la circonscription de laquelle est situé votre nouveau lieu de résidence :

- la présente déclaration de changement de situation, dûment complétée accompagnée de votre carte d'immatriculation.

Pour les situations particulières énumérées, ci-après, il est nécessaire de joindre le document indiqué :

- pour les retraité (e)s, pensionné (e)s, rentier (e)s, "Accidents du travailleur (s) titre (s) de pension de vieillesse, ou d'invalidité, ou de rente "accidents de travail".
- pour les assuré (e)s volontaires le reçu des dernières cotisations acquittées.
- pour les étudiants (e)s le reçu de versement de la cotisation annuelle. S'il s'agit d'un (e) boursier (e), indiquer la référence de la décision d'attribution.
- pour les personnes en chômage indemnisé avis d'admission délivré par l'ASSEDIC.

Une carte d'immatriculation vous sera adressée par votre nouvelle caisse d'affiliation.

"La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale".

S 1104a

CARTE GAIA DES ETUDIANTS 5^{ème} année de Pharmacie

La Direction des Affaires Médicales et le service Restauration du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes vous informent que vos repas doivent être **impérativement** pris au restaurant de l'Hôpital et non à l'internat.

Seuls les internes sont autorisés à déjeuner à l'internat.

Vous devrez donc vous présenter au service «GAP» de votre site d'affectation **mun**
d'une pièce d'identité afin d'obtenir votre carte GAIA vous permettant de déjeuner au restaurant.

Cette carte vous permettra d'accéder au système d'information selon la politique définie par le CHU (Réseau, Dossier patient ...).

Il vous est également possible d'obtenir un accès au parking à vélo en complétant le formulaire « Imprimé demande accès vélo » ci-joint (à retourner au point GAP).

Les différents GAP:

Etablissement	Localisation	Horaires d'ouverture
HOTEL-DIEU	1 ^{er} étage – aile ouest	Lundi au jeudi de : 09h00 à 16h00 Vendredi de : 9h00 à 11h45
HOPITAL SAINT-JACQUES	Direction - rez-de-chaussée puis à droite	Lundi au jeudi de : 9h30 à 12h30 et de 13h30 à 15h00 Vendredi de : 9h30 à 11h45
HOPITAL G & R LAENNEC	Bâtiment principal rez-de-chaussée bas	Lundi au jeudi de : 9h30 à 12h30 et de 13h30 à 15h00 Vendredi de : 9h30 à 11h45

Le Bureau des étudiants



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

CHU DE NANTES

GAP - Mobilité - Hôtel-Dieu
BP-DSIT-GAP ou dsit.gap@chu-nantes.fr
Tel : 02.40.08.44.09

DEMANDE ACCES A UN PARKING VELO/MOTO

NOM :
 PRENOMS :
 MATRICULE / SESAM :
 ADRESSE (Résidence principale) :

Code Postal : VILLE :

N° TEL. Personnel : TEL. Professionnel :

Possède moto(s) n° immatriculation :, marque :

Possède vélo(s) couleur :, marque :

Sollicite un droit d'accès :

PARKINGS VELOS SECURISES

Site HÔTEL-DIEU / HME

- S/Sol Hôtel-Dieu
- S/Sol Maternité
- Ptmc
- Samu

Site SAINT JACQUES

- Château d'Eau
- Ster centrale
- Henry Ey
- Louis Philippe

Site HÔPITAL LAËNNEC

- Entrée Ouest

PARKINGS MOTOS SECURISES

Site SAINT JACQUES

- Château d'Eau
- Ster centrale

Je soussigné(e), NomPrénom déclare sur l'honneur que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et m'engage à utiliser la possibilité d'accès, qui me sera éventuellement attribuée, uniquement pour des raisons professionnelles, à respecter le code de la route sur le site et à n'utiliser que les emplacements réservés au stationnement. Je reconnais avoir été informé(e) que le non-respect de ces engagements conduirait la Direction à me retirer immédiatement le droit d'accès attribué. Il est rappelé que les règles relatives au Code de la route et le Règlement Intérieur de l'Etablissement sont applicables dans l'enceinte des sites et que les Services de Police sont autorisés à intervenir pour verbaliser et procéder à l'enlèvement de tout véhicule gênant la circulation.

Fait à :

Le :

Signature :

**Note à l'attention des étudiants hospitaliers
en 5^{ème} année de Pharmacie**

DIRECTEUR GÉNÉRAL
Philippe Sudreau

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT
Hubert Jaspard

Affaire suivie par

Sylvia LEMIERRE/Chrystelle LE PAIH CAVAREC
Direction des Affaires Médicales
et de la Recherche
T. 02.40.08.72.43
Réf. CCLP-2015/230

**AFFAIRES MÉDICALES
ET RECHERCHE**
Anne-Claire de Reboul
DIRECTRICE

T. 02 40 08 72 42
F. 02 40 08 71 57

**COMMUNICATION
ET AFFAIRES GÉNÉRALES**
Marie Lapostolle
DIRECTRICE

T. 02 40 08 72 42
F. 02 40 08 71 57

**PILOTAGE « ACTIVITÉS -
RESSOURCES » ET
CONTRACTUALISATION INTERNE**
Sophie Douté
DIRECTRICE

T. 02 40 08 70 20
F. 02 40 08 71 57

USAGERS, RISQUES ET QUALITÉ
Benjamin Lapostolle
DIRECTEUR

T. 02 40 08 70 90
F. 02 40 08 70 64

ACHATS
Jean Verger
DIRECTEUR

T. 02 40 84 67 39
F. 02 40 84 68 55

Nantes, le 8 juin 2015

Procédure à suivre en cas d'absence

=> ABSENCE POUR CONGES ANNUELS :

L'étudiant bénéficie de 30 jours ouvrés de congés annuels.

Une semaine au moins avant la date du départ, l'étudiant doit transmettre sa demande d'absence, après **avis favorable** du Responsable de service, à la Direction des Affaires médicales.

=> ABSENCE POUR CONGES EXCEPTIONNELS :

L'étudiant absent pour des raisons exceptionnelles doit impérativement prévenir son responsable de service dans les meilleurs délais.

Cette demande d'absence adressée à la Direction des Affaires Médicales doit s'accompagner du **justificatif** adéquat (certificat de mariage, récépissé de PACS, bulletin de décès en précisant le lien de parenté...). Aucun autre congé exceptionnel ne sera accepté (entretien d'embauche...).

Pour le concours d'internat, l'étudiant bénéficie de congés exceptionnels les jours d'examen (justificatif obligatoire : convocation).

Pour le trajet, l'étudiant peut, après **avis favorable** du Responsable de service :

- ✓ soit poser des congés annuels,
- ✓ soit récupérer des heures effectuées sur des périodes de travail à temps plein.

Aucun congé exceptionnel n'est accordé pour les révisions.

En cas de justificatif non-recevable, l'absence sera décomptée au titre des congés annuels.

=> ABSENCE POUR MALADIE :

Tout étudiant hospitalier absent pour maladie est tenu :

- ✓ de prévenir son service d'affectation dans **les plus brefs délais**,
- ✓ d'adresser, dans les **48 heures**, le volet n°3 de son arrêt de travail à la Direction des Affaires Médicales.

=> **ABSENCE POUR ACCIDENT DE TRAVAIL :**

L'étudiant doit fournir, dans les **48 heures**, à la Direction des Affaires Médicales :

- ✓ un certificat médical initial établi par un médecin,
- ✓ la déclaration d'accident du travail (imprimé interne au CHU de Nantes), signée de l'intéressé(e) et du Responsable de service.

Si cet accident entraîne un risque de contamination HIV, l'étudiant transmet également, à la Direction des Affaires Médicales :

- ✓ le coupon remis par la Médecine Préventive, après examen sanguin.

Si cet accident est un accident de trajet, l'étudiant transmet également, à la Direction des Affaires Médicales :

- ✓ le parcours détaillé du trajet domicile-travail.

=> **ABSENCE POUR CONGE DE MATERNITE :**

L'étudiant doit adresser un **certificat médical** indiquant la date présumée de l'accouchement, à la Direction des Affaires Médicales, **avant la fin du 4^{ème} mois de grossesse**.

=> **ABSENCE POUR CONGE DE NAISSANCE ET DE PATERNITE :**

Après **avis favorable** du Responsable de service, l'étudiant transmet sa demande d'absence pour congé de naissance (3 jours) à la Direction des Affaires Médicales, accompagnée d'un justificatif. Ce congé est à prendre dans les **15 jours** qui précèdent ou suivent l'accouchement.

Un mois au moins avant la date du départ et après **avis favorable** du Responsable de service, l'étudiant doit transmettre sa demande d'absence pour congé de paternité (11 jours), à la Direction des Affaires médicales. Ce congé est à prendre dans les **4 mois** suivant la naissance de l'enfant.

=> **ABSENCE INJUSTIFIEE :**

Toute absence injustifiée fera l'objet d'un avertissement écrit adressé à l'étudiant, avec copies à Madame le Doyen Ferre, à Madame le Professeur Imbert et à Madame le Professeur Ballereau.

Cette absence sera déduite de la rémunération de l'étudiant.

En cas de récidive, l'étudiant fera l'objet d'une procédure disciplinaire.

Le bureau des Etudiants



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

**POLE DIRECTION GENERALE ET STRATEGIE
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES
ET DE LA RECHERCHE**

Bureau des Etudiants - Immeuble Deurbroucq
5 allée de l'île Gloriette
44093 NANTES CEDEX 1
☎ 02.40.08.72.43 ☒ 02 40 08 71 58
bureau-des-etudiants@chu-nantes.fr

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE
Etudiants Hospitaliers en 5^{ème} année de Pharmacie**

NOM : PRENOM :

SERVICE :

Congé annuel (1)
 Congé exceptionnel (2) Motif :

du inclus au inclus

Nombre de jour(s) :

Nantes, le

SIGNATURE DU DEMANDEUR	SIGNATURE DU RESPONSABLE DE SERVICE
SIGNATURE DU PHARMACIEN DE L'ETABLISSEMENT :	POUR LE DIRECTEUR GENERAL ET PAR DELEGATION LA DIRECTRICE DES AFFAIRES MEDICALES S. DELAGE

- (1) Les congés annuels sont enregistrés au niveau de la Direction des Affaires Médicales et ne donnent pas lieu à réponse
(2) Pour toute demande d'autorisation d'absence exceptionnelle (voir guide de l'étudiant), joindre un justificatif.



**POLE DIRECTION GENERALE ET STRATEGIE
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES
ET DE LA RECHERCHE**

Bureau des Etudiants - Immeuble Deurbroucq
5 allée de l'île Gloriette
44093 NANTES CEDEX 1
☎ 02.40.08.72.43 ☎ 02 40 08 71 58
bureau-des-etudiants@chu-nantes.fr

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE
Etudiants Hospitaliers en 5^{ème} année de Pharmacie**

NOM : PRENOM :

SERVICE :

Congé annuel (1)
 Congé exceptionnel (2) Motif :

du inclus au inclus

Nombre de jour(s) :

Nantes, le

SIGNATURE DU DEMANDEUR	SIGNATURE DU RESPONSABLE DE SERVICE
SIGNATURE DU PHARMACIEN DE L'ETABLISSEMENT :	POUR LE DIRECTEUR GENERAL ET PAR DELEGATION LA DIRECTRICE DES AFFAIRES MEDICALES S. DELAGE

- (1) Les congés annuels sont enregistrés au niveau de la Direction des Affaires Médicales et ne donnent pas lieu à réponse
(2) Pour toute demande d'autorisation d'absence exceptionnelle (voir guide de l'étudiant), joindre un justificatif.



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

POLE DIRECTION GENERALE ET STRATEGIE DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES ET DE LA RECHERCHE

Bureau des Etudiants - Immeuble Deurbroucq
5 allée de l'île Gloriette
44093 NANTES CEDEX 1
☎ 02.40.08.72.43 📠 02 40 08 71 58
bureau-des-etudiants@chu-nantes.fr

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE Etudiants Hospitaliers en 5^{ème} année de Pharmacie

NOM : PRENOM :

SERVICE :

Congé annuel (1)
 Congé exceptionnel (2) Motif :

du inclus au inclus

Nombre de jour(s) :

Nantes, le

SIGNATURE DU DEMANDEUR	SIGNATURE DU RESPONSABLE DE SERVICE
SIGNATURE DU PHARMACIEN DE L'ETABLISSEMENT :	POUR LE DIRECTEUR GENERAL ET PAR DELEGATION LA DIRECTRICE DES AFFAIRES MEDICALES S. DELAGE

- (1) Les congés annuels sont enregistrés au niveau de la Direction des Affaires Médicales et ne donnent pas lieu à réponse
(2) Pour toute demande d'autorisation d'absence exceptionnelle (voir guide de l'étudiant), joindre un justificatif.

**PÔLE DIRECTION GÉNÉRALE
ET STRATÉGIE**

5, allée de l'Île-Gloriette
44093 Nantes cedex 1

T. 02 40 08 72 42
F. 02 40 08 71 57
direction.generale@chu-nantes.fr



DIRECTEUR GÉNÉRAL
Philippe Sudreau

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT
Hubert Jaspard

**AFFAIRES MÉDICALES
ET RECHERCHE**
Anne-Claire de Reboul
DIRECTRICE

T. 02 40 08 72 42
F. 02 40 08 71 57

**COMMUNICATION
ET AFFAIRES GÉNÉRALES**
Marie Lapostolle
DIRECTRICE

T. 02 40 08 72 42
F. 02 40 08 71 57

**PILOTAGE « ACTIVITÉS -
RESSOURCES » ET
CONTRACTUALISATION INTERNE**
Sophie Douté
DIRECTRICE

T. 02 40 08 70 20
F. 02 40 08 71 57

USAGERS, RISQUES ET QUALITÉ
Benjamin Lapostolle
DIRECTEUR

T. 02 40 08 70 90
F. 02 40 08 70 64

ACHATS
Jean Verger
DIRECTEUR

T. 02 40 84 67 39
F. 02 40 84 68 55

**Note à l'attention des Etudiant(e)s
Hospitalier(e)s en 5^{ème} année de
Pharmacie – Année universitaire 2015/2016**

**Objet : Blouses -
Affaire suivie par**
Sylvia LEMIERRE/Chrystelle LE PAIH CAVAREC
Direction des Affaires Médicales
et de la Recherche
T. 02.40.08.72.43
Réf. MRH/CCLP-2015/226

Nantes, le 9 juin 2015

J'ai l'honneur de vous informer que dans le cadre de vos fonctions d'étudiant hospitalier en 5^{ème} année de pharmacie, le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes met à votre disposition des blouses nominatives, mentionnant votre nom, votre prénom ainsi que votre grade.

Les essayages et la livraison s'effectueront sur les trois sites hospitaliers :

→ **Hôtel-Dieu**

A la lingerie située au rez-de-jardin, de 11 h à 14h30.

→ **Hôpital G & R Laënnec**

A la lingerie située au rez-de-jardin, de 13 h 30 à 15h30.

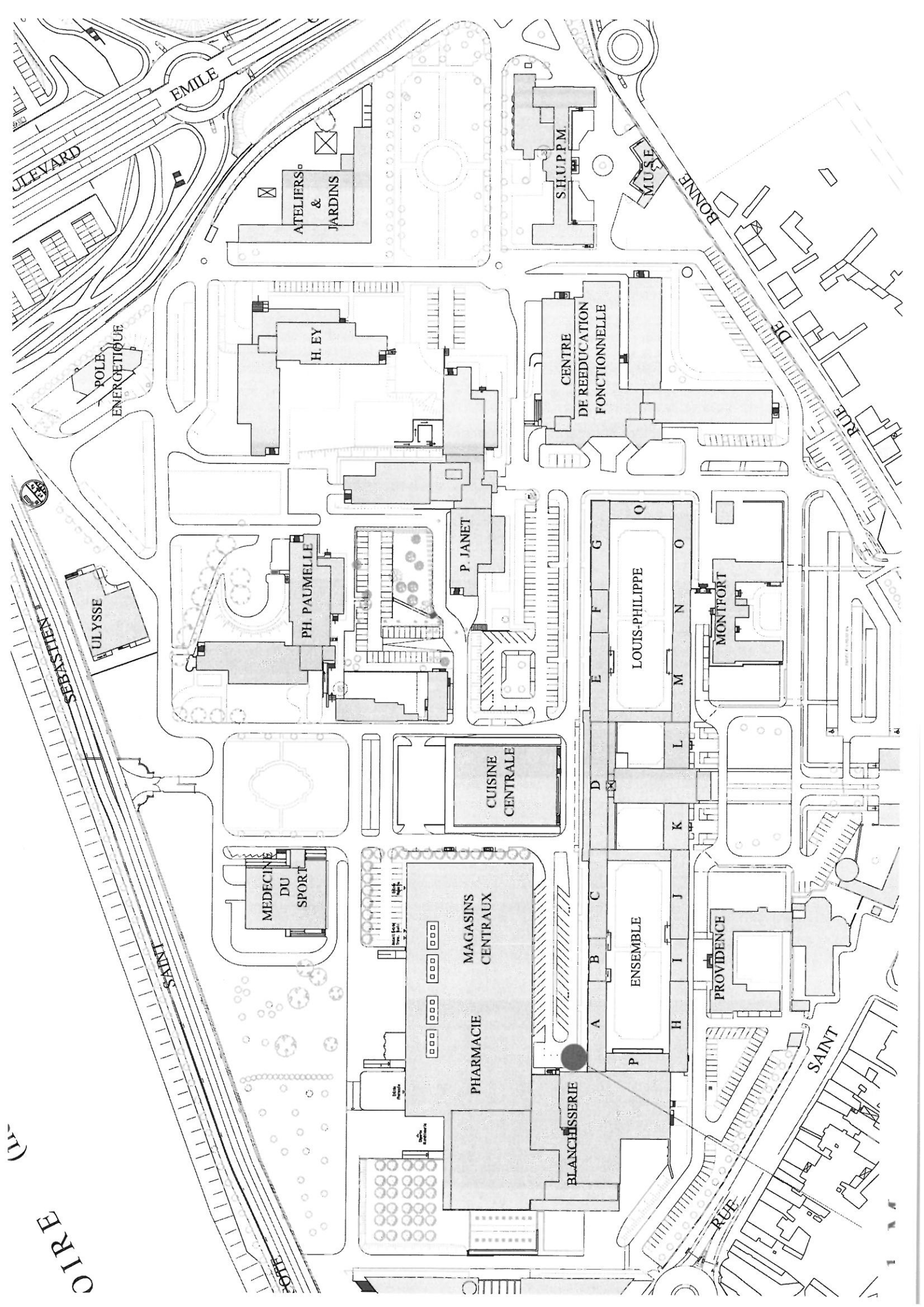
→ **Hôpital Saint-Jacques**

A la blanchisserie centrale, local de distribution des vêtements professionnels (marquage), de 8 h à 12 h 30 et de 13 h 45 à 15 h 30. **(voir plan ci-joint au dos du courrier)**

Aussi, je vous invite, dès à présent (et minimum 15 jours avant le début du stage), à vous présenter sur le site qui vous concerne (*lieu d'affectation de votre 1^{er} stage*), aux horaires indiqués, afin de procéder à un essayage personnel.

Je vous précise que les étudiant(e)s affecté(e)s au sein des établissements hors-CHU et au centre de lutte contre le cancer « René Gauducheau » doivent se présenter à la blanchisserie de l'Hôpital Saint-Jacques.

Pour la Directrice des Affaires
Médicales et par délégation la
Responsable du Bureau des Affaires
Médicales
MR. HENRY



EMILE

CLEVAARD

POLE ENERGETIQUE

ATELIERS & JARDINS

SHUPPM

MUSE

BONNE

H. EY

CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

RUE DE

PH. PAUMELLE

P. JANET

G

Q

LOUIS-PHILIPPE

MONTFORT

F

E

D

C

B

A

P

K

L

M

N

O

MEDECINE DU SPORT

CUISINE CENTRALE

MAGASINS CENTRAUX

PHARMACIE

BLANCHISSERIE

ENSEMBLE

PROVIDENCE

SAINT

OIRE

RUE