

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BESANCON

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES ET DE LA RECHERCHE CLINIQUE

Fiche de renseignements concernant les Internes, Résidents et Faisant Fonction d'Internes

(à compléter en majuscules)

Situation : D.E.S. : Résident : F.F.I. :
Etat Civil :

Nom : _____ Prénoms : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de Naissance : Lieu : _____

Nationalité : _____

Domicile :

N° : _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Localité : _____

Téléphone :

Domicile Fiscal :

N° : _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Localité : _____

Adresse des Parents : _____

Téléphone :

N° de SECURITE SOCIALE :

Situation de Famille :

Célibataire Marié(e) Vivant maritalement

Veuf(ve) Divorcé(e)

Nom et prénom du conjoint : _____

Profession : _____

Nom, prénom des enfants et date de naissance :

_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Compte bancaire ou postal (joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal)

Banque ou C.C.P. : _____

Agence : _____ N° de compte : _____

Prenez vous vos repas au restaurant de l'internat ?

à midi Oui Non

le soir Oui Non

Si cette rubrique n'est pas renseignée, l'interne sera considéré comme prenant ses repas au restaurant de l'internat. Toute demande de changement de situation doit être effectuée par écrit, avant le 1er du mois.

Besançon, le _____ Signature :