

DEMANDE D'INDEMNITÉ FORFAITAIRE D'HEBERGEMENT (IFH)
POUR LES INTERNES QUI ACCOMPLISSENT UN STAGE AMBULATOIRE

Je soussigné(e) **NOM Prénom**,

interne issu des E.C.N. **XXXX** et actuellement en D.E.S. de **XXXXXXXXXXXXXXXX**,
inscrit(e) à l'Unité de Formation et de Recherche de Bourgogne,
demeurant **(adresse du domicile)**,
et effectuant mon stage ambulatoire dans la/les ville(s) suivante(s) :
.....,

Demande au Centre Hospitalier Universitaire de Dijon à bénéficier de l'indemnité forfaitaire d'hébergement conformément à l'Article 6153-10 du Code de la Santé Publique et à l'Arrêté du 3 juillet 2018 modifié fixant le montant d'une indemnité forfaitaire d'hébergement des étudiants du troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie.

Par la présente, j'atteste sur l'honneur supporter la charge d'un logement à titre onéreux.

Je certifie ainsi ne bénéficier ni d'un hébergement octroyé par une collectivité territoriale ou un établissement public, ni d'une aide financière octroyée par une collectivité locale, ni d'un hébergement à titre gratuit.

J'atteste également que mon stage ambulatoire est accompli dans une zone sous-dense, c'est-à-dire situé dans une zone géographique prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du Code de la Santé Publique.

Fait à **XXXX**, le **XX/XX/XX**

Signature de l'interne :