



Date : .....

Centre Hospitalier de Lens

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT**

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Commune de résidence : .....

Travaillez-vous à temps partiel ?  Oui  Non

Si oui préciser le temps de travail .....

**MOYENS DE TRANSPORTS UTILISÉS**

- Titre d'abonnement utilisé \* :  Abonnement multimodal à nombre de voyages illimité  
 Carte et abonnement  
 Autres .....

\* *Cochez la rubrique*

**Attention : Joindre les justificatifs à la demande avant le 5 de chaque mois**

**TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE SERA REJETÉE**

Signature de l'agent