TABLEAU DES VACATIONS REALISEES

MOIS ET ANNEE DE REFERENCE : ! __ ! __ ! 2 ! 0 !__ !__!

Date	Lieu (adresse)	Durée (nombre d'heures)	Statut des vacations			
			Pendant les obligations de service *	Hors obligations de service*	Sans objet **	Dimanche et jours fériés

* selon les informations données par les employeurs. Pour les internes, les étudiants en médecine et en soins infirmiers, la rémunération hors obligation de service ou de stage s'entend à partir de 18 heures en semaine et pour les vacations du samedi et du dimanche.

** pour les professionnels de santé libéraux ou retraités

Soit .....heures de vacations mensuelles
dont (dans le cas des salariés) : .....heures de vacations pendant les obligations de service
.....heures de vacations hors obligations de service
..... heures de vacations les dimanches et jours fériés

DEMANDE D'INDEMNISATION

Je soussigné, M ....., Chef de projet de l'équipe opérationnelle du département ..... , atteste que M..... .....a participé à la vaccination antigrippale A(H1N1), aux dates et conditions mentionnées ci-dessus, ouvrant droit au versement des indemnisations prévues par l'arrêté du fixant les modalités d'indemnisation des professionnels de santé réquisitionnés pour assurer la vaccination dans le cadre de la pandémie grippale.

Le Préfet, ou, par délégation le Chef de projet de l'équipe opérationnelle

le...../...../20