Suivi des absences et modifications régimes de travail

Inserm
La science pour la santé
From science to health

2018

Département/Unité/DR/Equipe/Bureau :

NOM & Prénom :

Temps de travail (plein ou partiel)	
Régime de travail (nombre de jours par semaine)	
Précisions	

			Autorisation Exceptionnelle d'Absence		Modification Temps de travail hebdo			
Date début absence	**Date de fin absence**	**nombre de jours**	***motif***	***certificat***	***travaillé***	***Récupéré***	**Signature demandeur**	**Signature chef de service**
				o/n				

*** A compléter en interne au secrétariat ; joindre justificatif (si possible)**

pas de saisie dans sirène