

DECLARATION INDIVIDUELLE DE GREVE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

IDENTIFICATION

Nom : _____ -

Prénom : _____

Grade : CCU-AH, AHU, PHU, MCU-PH, PU-PH

AFFECTATION

UFR : _____

Pôle Hospitalo-Universitaire : _____

Service hospitalier : _____

Je vous informe par la présente que, sous la couverture du préavis de grève déposé par **Le Syndicat des Hospitalo-Universitaire (Le SHU)**, membre de l'INPH, le 7 mars 2024.

Je me déclare gréviste pour l'ensemble de mes activités professionnelles hospitalo-universitaires (soins, enseignement, recherche) à compter :

Du ___/___/___ (date de début) à ___h___ (heure de début)

Au ___/___/___ (date de fin) à ___h___ (heure de fin)

Avec durant cette période de la permanence des soins*

Garde

Astreinte

Non concerné

*dans ce cas la déclaration de grève doit être adressée dans le respect d'un préavis de 48h

J'ai bien pris connaissance que cette déclaration sera effective à compter de sa transmission, par mail à :

- La direction des ressources humaines de l'université de rattachement
- La direction des affaires médicales d'affectation

La transmission de ce mail vaut signature.