

**ROYAUME DE MAROC**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

**MOHAMMED VI – OUJDA**

**المملكة المغربية**

**وزارة الـصـــحــــة**

**المركز الاستشفائي الجامعي**

**محمد السادس -وجــدة**

**ROYAUME DE MAROC**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

**MOHAMMED VI – OUJDA**

**المملكة المغربية**

**وزارة الـصـــحــــة**

**المركز الاستشفائي الجامعي**

**محمد السادس -وجــدة**

**DEMANDE D’ATTESTATION DE TRAVAIL DEMANDE DE BULLETIN DE PAIE**

Nom et Prénom :………………………………………………………………………… Nom et Prénom :……………………………………………………………………

CIN :…………………………………………………………………………………………… CIN : ………………………………………………………………………………………

P.P.R/ C.N.T :……………………………………………………………………………… CNT/DOTI :……………………………………………………………………………

Grade :………………….. Echelle :……………………. Echelon :……............ Grade :……………………. Echelle : ………………… Echelon : …………..

Service :…………………………………………………………………………………… Service :……………………………… Option : …………..………………….

Option :……………………………………………………………………………………… Motif :…………………………………………………………………………………..

Motif :……………………………………………………………………………………… La date de la demande : ……………………………………………………….

La date de Demande d’attestation : …………………………………………

Signature de l’intéressé (e) Avis et Signature du Chef de service Signature de l’intéressé (e) Avis et Signature du Chef de service