Accord hiérarchique pour une mise à disposition

Mission RENFORT COVID

Je soussigné(é) Mr ou Mme (fonction et service) autorise, Mr ou Mme

à exercer la mission de auprès de

par mise à disposition à raison de :

* Nombre de jours/ semaine :

(Indiquer nombre de jours et la répartition souhaitée)

* Durée souhaitée : :

(Possibilité de prolongation : OUI / NON

* Mission concernée (supprimer mention inutile) :

P CPAM

P CNAV

* Adresse de contact :

(Indiquer votre adresse de contact)

DATE : SIGNATURE