

Prêt d'aide à l'installation

ATTESTATION D'ELIGIBILITE

A remplir par le demandeur

BENEFICIAIRE

Civilité : Mme Melle M.

NOM de naissance : Prénom :

NOM d'usage :

Né(e) le : à :

Téléphone (obligatoire) :

Email : @

Affectation (Délégation Régionale et Service/Unité) :

ADRESSE(S)

Adresse au moment de la demande :

N° : Rue, Av., Bd :

Code postal :

Ville :

Bâtiment :

Escalier : Etage : N° porte :

Adresse du logement faisant l'objet de la demande (si différente) :

N° : Rue, Av., Bd :

Code postal :

Ville :

Bâtiment :

Escalier : Etage : N° porte :

DATE D'ENTREE DANS LE LOGEMENT : .../.../....

DATE D'ENTREE PREVUE DANS LE LOGEMENT : .../.../....

NATURE ET MONTANT DU PRET

Je demande à bénéficier d'un prêt d'aide à l'installation d'un montant de : € / D'une durée de : Mois*

**Pour les agents contractuels, la durée du prêt ne peut excéder la durée du contrat*

Date de dépôt de la demande auprès du service compétent de l'Inserm : / /

Signature du demandeur :

A remplir par l'Inserm

Je soussigné(e) :

NOM : Prénom :

Fonction :

Téléphone (obligatoire) :

Email : @

atteste que M est éligible à la demande de prêt à l'installation

Fait à : le : / /

Signature et cachet :