

**DÉCLARATION INDIVIDUELLE DE GRÈVE
JOURNÉE DU
A REMETTRE AU BUREAU DU PERSONNEL MÉDICAL DE
L'ÉTABLISSEMENT
AVANT LE DÉBUT DE L'ARRÊT DU TRAVAIL**

A l'attention du Madame La Directrice / Monsieur le Directeur de l'Hôpital,

Madame, Monsieur, je vous informe par la présente, que sous la couverture du préavis de grève déposé le vendredi 07 avril 2017 par l'Inter Syndicat National des Internes (ISNI), je me déclare gréviste pour l'ensemble de mes activités professionnelles du :

.....
.....

(préciser le jour, la date et les horaires en toutes lettres ou la journée, après-midi, garde comprise / non comprise).

(Grève couverte à partir du 18/04/2017 à 8h30 pour une durée illimitée).

NOM :

PRENOM :

SERVICE D'AFFECTATION :

Fait à le/...../ 2017

Signature :