

PRET A LA MOBILITE INRAE ATTESTATION D'ELIGIBILITE

A compléter par le bénéficiaire



BÉNÉFICIAIRE

Civilité : Mme ☐ M. ☐

NOM de naissance : Prénom :

NOM d'usage :

Né(e) le : à :

Téléphone (obligatoire) :

Courriel :@.....

NOUVELLE AFFECTATION

Affecté(e) le :/...../.....

Centre de recherche :

Unité :

Adresse de l'unité :

Département : ☐☐☐

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 :

MONTANT DU PRÊT SOLLICITÉ

Demande à bénéficier d'un prêt à la mobilité d'un montant de : €

D'une durée de : mois

Date de dépôt de la demande au service chargé de Politique Sociale :/...../.....

Signature :

A remplir par la DRH-DD (Pôle Politique Sociale)

Je soussigné(e) :

NOM : Prénom :

Fonction :

Téléphone (obligatoire) :

Courriel :@.....

atteste que : est éligible au prêt à la mobilité

Fait à : le :/...../.....

Signature et cachet :