

## FICHE DE MOBILITE et d'EXPRESSION DES SOUHAITS

Nom : .....  
Prénom : .....  
Service : .....  
Statut : ...titulaire ou stagiaire ...contractuel   
Métier : .....  
Date de naissance : .....  
Date arrivée dans le service : .....  
Date arrivée au CHU : .....

- **J'exerce exclusivement de nuit sur un poste qui n'est pas un remplacement**  
 OUI                       NON

- **Je souhaite rester de nuit**  
 OUI                       NON

- **Ma quotité de temps de travail est de :**  
 100%,  80%,  50%,  75%  autres, précisez.....

- **Je bénéficie d'un poste aménagé et/ou suis en restriction d'aptitude**  
 OUI                       NON  
Précisez  
.....

- **Je souhaite intégrer la nouvelle organisation et/ou nouvelle localisation du service où je suis affecté(e)**  
 OUI                       NON

- **Si vous souhaitez intégrer un autre service du CHU, veuillez compléter la fiche de changement d'affectation :**

- **Envisagez-vous un départ du CHU ?**                       OUI                       NON  
 Mobilité dans un autre établissement de santé  
 Action de conversion professionnelle (dans le cadre d'un changement de métier impliquant ou non un départ du CHU)  
 Départ volontaire de la Fonction Publique Hospitalière (selon les modalités précisées dans le document Accompagnement des réorganisations)  
 Retraite - Si retraite, indiquez à quelle date .....  
 Autres, précisez  
.....

- **Je sollicite un entretien auprès d'un professionnel de l'accompagnement/orientation/mobilité**  
 OUI                       NON

- **J'ai été formé aux missions de tuteur**  
 OUI                       NON

- **Avez-vous un projet professionnel ?**  
 OUI                       NON  
Si oui, lequel ?  
.....  
.....

- **Que voudriez-vous exprimer de plus par rapport au changement à venir ?**  
.....  
.....  
.....  
.....

Date ..... Signature

**A retourner au Cadre Supérieur de Santé de votre pôle dans un délai de 15 jours**