Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Demande d'autorisation préalable
Déplacement hors du Québec

Section 1 : Identification du participant

Nom _____ **Prénom** _____ **# employé** _____

Direction _____ **Service** _____ **Code budgétaire** _____

Section 2 : Description de l'activité

Titre _____ **Date** _____

Description _____

_____

_____

Pertinence _____

_____

_____

Source de financement (préciser): _____

Section 3 : Identification des coûts approximatifs **(Détails si nécessaire)**

Inscription	_____	**$**	_____
Transport	_____	**$**	_____
Logement	_____	**$**	_____
Repas	_____	**$**	_____
Autres	_____	**$**	_____
TOTAL	_____	**$**	_____

Section 4 : Signatures

_____ _____ _____

Employé **Supérieur immédiat** **Date**

Section 5 : Autorisation de la direction générale

Demande acceptée **En totalité** ☐

En partie ☐ _____ **$**

Demande refusée **Raison** _____

_____ _____

Direction **Date**

N'oubliez pas de joindre la copie signée de cette demande avec votre réclamation de frais de déplacement