

**Déclaration individuelle de grève
du (jour) à (__ h __) au (jour) à (__ h __)**

Madame la Directrice / Monsieur le Directeur,

Je vous informe par la présente que, sous la couverture du préavis de grève déposé par l'Inter-Syndicat National des Internes (ISNI), je me déclare gréviste pour l'ensemble des mes activités professionnelles du (jour) à (__ h __) au (jour) à (__ h __).

Fait à :

le :

Nom :

Prénom :

Pôle Médical :

Service d'affectation :

Signature :