



**GROUPE  
HOSPITALIER  
DU HAVRE**

## ORDRE DE MISSION PERMANENT

**NOM et PRENOM (1) :**

METIER :

NUMERO DE MATRICULE :

SERVICE D'AFFECTATION :

**EST AUTORISE(E) A SE DEPLACER A TITRE PERMANENT DANS LE DEPARTEMENT DE SEINE  
MARITIME POUR SE RENDRE DANS LES ETABLISSEMENTS SUIVANTS :**

**MOTIF DU DEPLACEMENT :**

**DATE DE VALIDITE DU PRESENT ORDRE DE  
MISSION (un an maximum) :**

**Du**

**au**

**Moyen de transport prévu :**

Véhicule de service   
*(préciser l'immatriculation)*

Véhicule personnel (1)   
*(autorisation préalable du Directeur)*

SNCF (2)

Avec indemnités (3)

Sans indemnités

(1) L'agent doit au préalable vérifier que son assurance couvre ce type de déplacement.

(2) Joindre le billet de train en précisant qu'il a été acheté par le GHH.

(3) Fournir les pièces justificatives au retour de mission.

Le Havre, le

*Signature du Cadre de Proximité  
ou du Chef de Service*

*Signature du Directeur*