#### Doctorant·es : demande de cofinancement aux frais de déplacement

#### À renvoyer complété à l’adresse gest-doct-cmw@lists.msh-lse.fr en même temps que la demande de financement du labo

*Après signature de la directrice du CMW*, envoyer à : dred.edfinances@univ-lyon2.fr et priyanka.valleix@msh-lse.fr

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM :** |  | **Prénom :** |  |
| **Adresse personnelle :** |  | **Téléphone :** |  |
| **École Doctorale :** | **Sciences Sociales ED 483** | **Laboratoire :** | **Centre Max Weber UMR5283** |

**Objet de la mission** :

**Lieu de la mission** : Pays : Ville :

**Dates de la mission** : Départ : Arrivée :

Montant de la demande de prise en charge *(Prendre l'information auprès de vos gestionnaires et organisateurs de l’évènement)*: ***→ chaque case*  *peut être cochée en cliquant dessus***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Frais de** | **Mode** | **Prix** |
| Transport | Voiture personnelle  Train  Avion | €  €  € |
| Nuitées :  Si frais avancé par le/la doctorant·e : 70€  (France, si réservé par le laboratoire : Paris : 150€  Villes chef-lieux des Académies et Métropole du Grand Paris : 120€  Autres villes : 90€) | Hôtel  Résidence Universitaire | €  € |
| Repas, sur présentation factures :  Totalité de territoire métropolitain : 20€ | Restaurant  Restaurant administratif | €  € |
| Inscription colloque | Oui  Non | €  € |
| Autres (préciser) : |  | € |
| TOTAL | | **€** |

**Date de la demande :**

**Nom du laboratoire : Centre Max Weber UMR5283 Nom de la Directrice de Laboratoire : Isabelle MALLON**

**Signature de la Directrice de Laboratoire :** Montant accordé par le laboratoire :

**€**

**Nom de l’École Doctorale : Sciences Sociales ED 483 Nom du Directeur de l’ED : Bruno MILLY**

**€**

**Décision Directeur de l'ED :** Accord pour une prise en charge à hauteur de :

Prise en charge non accordée

Motif :

**Signature** **Directeur de l’ED :**