

---

## *Tableau des déclarations d'intention de grève*

---

Hôpital :

Service :

Monsieur, Madame le(a) Directeur(rice), (*copie au Chef de service*),

Par la présente, nous vous informons que, sous la couverture du préavis de grève déposé par l'intersyndicale Action Praticiens Hôpital (APH) auprès du ministre de la Santé et de la Prévention, **nous nous déclarons en grève le lundi 3 juillet 2023 pour l'ensemble de la durée de 24h précisée dans le préavis sauf** horaire différent précisé dans le tableau infra.

NOM	PRENOM	DATE	HORAIRES (début et fin)	<i>Signature</i>