Tableau des grévistes

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 auprès de la Ministre de la Santé et de l'Accès aux Soins le 24 novembre 2024 par l'intersyndicale Action Praticiens Hôpital (APH), **nous nous déclarons en grève le5 décembre 2024**

o à partir de 08 heures jusqu'à..... 08 heures

o pendant heure(s) (horaire précisé dans le tableau infra).

NOM Prénom	DATE	HORAIRES (début et fin)	*Signature*