



**Biologie Neuro-Vasculaire Intégrée
UMR CNRS 6214-INSERM 1083**

AUTORISATION DE TRAVAIL EN HORAIRE DECALE

Date :

Personne concernée :

Autre personne présente dans l'unité pendant la période concernée:

Motif de la demande et numéro du protocole expérimental concerné :

Date et signature :

Responsable du protocole :

Avis du responsable du protocole :

Date et signature :

Responsable de l'unité : Daniel Henrion

Avis :

Date et Signature