Demande de remboursement partiel des titres de transport afférents au trajet "domicile - lieu de travail" hors lle-de-France (décret n°2010-676 du 21/06/2010 et circulaire fonction publique du 22/03/2011)

Ministère ou service :				
Nom :	Prénom :			
Affectation :				
Numéro de Sécurité sociale :				
Grade :				
Questionnaire à servir par l'agent				
Domicile habituel				
Numéro et rue :				
Commune :				
Code postal :	Bureau distributeur :			
Lieu de travail				
NB : en présence de plusieurs lieux de travail, remplir autant de formulaires que de				
lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit à remboursement partiel				
Numéro et rue :				
Commune :				
Code postal :	Bureau distributeur :			
Arrêt, station ou gare desservant :				
Votre domicile :				
Votre lieu de travail :				
Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)				
1.				
2.				
3.				
4.				

Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur :

NB: en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire pour chaque abonnement)

→ et joindre la copie de la carte d'abonnement et les titres de transport

- ☐ abonnement multimodal à nombre illimité de voyages
- ☐ carte ou abonnement <u>annuel</u> à nombre illimité ou limité de voyages
- ☐ carte ou abonnement mensuel à nombre illimité ou limité de voyages
- ☐ carte ou abonnement hebdomadaire à nombre illimité ou limité de voyages
- ☐ abonnement à un service public de location de vélos
- □ carte ou abonnement abonnement à renouvellement tacite durée initiale :

Coût de l'abonnement : _ _ _ , _ _ € (prix public du transporteur)

Je déclare sur l'honneur que :

- > je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur ou que je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonctions, ni d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail
- > je ne bénéficie pas pour le même trajet de frais de déplacement temporaire
- > je ne perçois pas d'indemnité représentative de frais pour les déplacements domicile lieu de travail
- > je ne suis pas logé par mon employeur à proximité immédiate de mon lieu de travail

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés.

signature	de	l'agent	:

Fait àle/.....

Visa du supérieur hiérarchique : (tampon de l'établissement, signature du chef d'établissement)

partie réservée à l'administration

× abonnement mensuel :	× abonnement annuel :
> montant mensuel remboursé,€	> montant mensuel remboursé,
rappel au titre des mois précédents : × abonnement hebdomadaire	rappel au titre des mois précédents :
> montant mensuel remboursé€	
rappel au titre des mois précédents :	