Macintosh HD:Users:poste2:Desktop:Charte AcadRennes20:Bloc marques AC Rennes:27_logoAC_RENNES.pdf

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL**

**DES FRAIS DE TRANSPORT DOMICILE – TRAVAIL**

(Décret n°2010-676 du 21/06/2010 et circulaire fonction publique du 22/03/2011)

***Document à retourner au gestionnaire du traitement principal***

* 1ère demande ❒ Renouvellement

# INFORMATIONS AGENT

Ministère ou service : ................................................................. Affectation : .................................................................................

Nom : ............................................................................................ Prénom : .........................................................................................

Numéro de sécurité sociale : ..................................................... Grade : …………………………………………………………..................................

# QUESTIONNAIRE A SERVIR PAR L’AGENT

**Domicile habituel :** N° et rue : ................................................................................................................................................................

Code postal : ............................................ Ville : .................................................... ……………………………………….

**Lieu de travail**

NB : si plusieurs lieux de travail, renseigner autant de formulaires que de lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit à remboursement partiel

N° et rue : ................................................................................................................................................................

Code postal : ............................................ Ville : .................................................... ……………………………………….

**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**(joindre la copie lisible de la carte d’abonnement et les titres originaux) :

❑ Abonnement multimodal à nombre illimité de voyages ❑ Abonnement à un service public de location de vélos

❑ Carte ou abonnement annuel 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

❑ Carte ou abonnement à renouvellement tacite => durée initiale : ……………………

**Coût de l’abonnement** (prix public du transporteur) **:** …………………………………………….

# DECLARATION SUR L’HONNEUR

**Je déclare 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.

Fait à ................................................................... Le ...................................

Signature de l’agent :

**Cadre réservé à l’administration**

**❒ Abonnement hebdomadaire :**

* Montant mensuel remboursé : ………………………………… € - Rappel au titre des mois précédents : ………………………………… €

**❒ Abonnement mensuel :**

* Montant mensuel remboursé : ………………………………… € - Rappel au titre des mois précédents : ………………………………… €

**❒ Abonnement annuel :**

* Montant mensuel remboursé : ………………………………… € - Rappel au titre des mois précédents : ………………………………… €