**DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

**DES DECHARGES D’ACTIVITE DE SERVICE**

Article L214-4 du Code Général de la FPT

Décret n° 85-397 du 03 avril 1985 relatif à l’exercice du

droit syndical dans la fonction publique territoriale

|  |  |
| --- | --- |
| Désignation de la collectivité employeur  de l’agent bénéficiaire d’une décharge d’activité : |  |
| Nom et prénom de l’agent bénéficiaire : |  |
| Désignation de l’organisation syndicale : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ETAT DES HEURES DE DAS**  **AU TITRE DU MOIS DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_**  **(déduction faite des congés de maladie)** | |
| **Date** | **Nombre d’heures**  **(heures/minutes)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL mensuel de la décharge d’activité**  (en heures/minutes) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MIN |

**Joindre obligatoirement :**

* une **copie du bulletin de salaire de l’agent** correspondant à la période de l’absence syndicale ;
* une **copie de la délibération fixant les conditions d’attribution du régime indemnitaire** permettant de justifier du paiement de certaines primes lors de l’absence de l’agent (uniquement lors de la première demande).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Certifié exact, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature de l’agent, | Certifié exact, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Signature** du responsable de l’organisation syndicale **et cachet** de l’organisation syndicale, | Certifié exact, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Signature et cachet** de l’autorité territoriale employeur de l’agent, |

**Le Centre de Gestion,**

|  |
| --- |
| CADRE RESERVE  au Centre de Gestion |
| Somme à mandater :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |