**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

**AGENTS EN DECHARGE TOTALE**

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

|  |
| --- |
| **MOIS DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_** |
| **Maladie ou grève** | **Autres périodes non remboursées\*** |
| **Date et motif** | **Nombre de jours** | **Date et motif** | **Nombre de jours** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL mensuel**  |  | **TOTAL mensuel** |  |

*\* articles 5 à 8, 16 (ex 12 et 13) et 18 du décret 85-397*

**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 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |