



EXERCICE DES DROITS SYNDICAUX

Demande de remboursement des DECHARGES D'ACTIVITE DE SERVICE

COLLECTIVITE :

Désignation de la collectivité :	Intitulé et n° compte du receveur
----------------------------------	--------------------------------------

REPRESENTANT SYNDICAL :

Nom de l'organisation syndicale :	Nom et prénom du représentant syndical :
.....
.....

Le Centre de Gestion rembourse le nombre d'heures de décharges d'activité de service (Transmis avant la fin de l'année en cours), à savoir le traitement **brut** mensuel + les charges patronales.

<u>Exemple de calcul</u>	Salaire BRUT global	1631,28 €
	+ Charges patronales	601,41 €
	= Sous total	2.232,69 €
	x nbre heures (en centièmes) effectuées mensuellement au syndicat	88,50
	/ nbre heures (en centièmes) payées sur fiche du salaire du mois concerné	151,67
	= Total pour remboursement	1302,78 €

En conséquence, il est **indispensable** de joindre le bulletin de salaire du mois considéré **ou** les bulletins de salaire des mois considérés si le remboursement concerne plusieurs mois.

Décharges d'activité de service effectives aux dates suivantes :		Heures / Minutes	Centièmes
Date :	Nombre d'heures	.....H.....	.....
Date :	Nombre d'heures	.....H.....	.....
Date :	Nombre d'heures	.....H.....	.....
Date :	Nombre d'heures	.....H.....	.....
Date :	Nombre d'heures	.....H.....	.....
Total :		.....H.....(1)	..... (1)

(1) Merci d'indiquer le temps de travail en heures et minutes dans la 1^{ère} colonne et en centièmes de temps de travail dans la 2^{ème} colonne

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE LA SOMME :

- ◆ L'agent ci-dessus désigné certifie avoir bénéficié de décharges de service effectives (hors congé de maladie) tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessus.

Certifié exact, à	le
L'agent	

- ◆ L'autorité territoriale soussignée, certifie exacts les renseignements portés sur la présente demande de remboursement, en ce qui concerne le nombre d'heures de décharges d'activité de service et le montant demandé.

Certifié exact, à	le
L'autorité territoriale	Cachet