**Ne sont pas des décharges d’activité, les participations aux instances paritaires (CAP, CT ….)**

|  |  |
| --- | --- |
| **COMMUNE :** | **Nom et prénom du bénéficiaire\*** : |
|  |       |
| **Intitulé et n° de compte du receveur :** | **Organisation syndicale\*** : |
|       |       |
|  |  |
|  | **Grade**\* : |
|  |       |
|  |  |
|  | **Echelon**\* :       |
|  | **Indice brut**\* :       |

L’agent ci-dessus désigné, certifie avoir bénéficié de décharges d’activité.

Certifié exact, à

Le

L’agent :

Mois de

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATE\*** | **NOMBRE D’HEURES\*** | **MOTIFS\*** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **TOTAL** |  |  |

*\* Réponse obligatoire*

# Calcul du montant à rembourser

|  |  |
| --- | --- |
| * Salaire brut mensuel de l'agent
 |       |
| * Indemnités (*Indemnités ayant le caractère de complément de rémunération autorisé par la réglementation en vigueur (articles 88 et 111 de la loi du 26 janvier 1984)*
 |       |
| * Cotisations sociales y afférentes :
 |       |
| * Total Base de Remboursement (TBR)
 |       |
|  |  |
| **Montant à rembourser :** | **TBR x nombre d'heures utilisées =****151,67** |

Arrêté à la somme de :

(en toutes lettres)

L'autorité territoriale soussignée, certifie sous sa responsabilité l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande de remboursement.

 Certifiée exacte, à

 Le

 Le Maire ou le Président,

***A retourner au Centre de gestion.***

***Une copie peut être remise à l'agent pour faire foi auprès de son organisation syndicale.***