|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | \\SRVNIEBAL\Michèle.gautheron$\Documents\LOGO NIEPCE-BALLEURE FUSIONNE-V02 (1).png | **REMBOURSEMENT PARTIEL** | |
|  |  | **TRANSPORT DOMICILE-TRAVAIL** | |
|  |  | **décret 2010-676 du 21 juin 2010** | |
|  |  |  |  |
|  |  | **Identité** | |
|  |  |  |  |
|  | nom : ....................................... | prénom ......................................................................... | |
|  | Emploi **AESH** | …………………………………….................................................. | |
|  | numéro de sécurité sociale : ......................................................................................................... | |  |
|  | établissement d'affectation : .........................................................................................................  Département : ……………………………………………………………………………………………. | |  |
|  | **Domicile habituel le plus proche du lieu de travail** | | |
|  |  |  |  |
|  | numéro et rue : ............................................................................................................................ | |  |
|  | commune : ................................................................................................................................... | |  |
|  | code postal : ............................ | bureau distributeur : ................................................................... | |
|  |  | **Lieu de travail** | |
|  |  | |  |
|  | *(en cas de plusieurs lieux de travail, remplir 1 formulaire par lieu de travail)* | | |
|  | nom : ........................................................................................................................................... | |  |
|  | numéro et rue : ............................................................................................................................ | |  |
|  | commune : ................................................................................................................................... | |  |
|  | code postal : ............................ | bureau distributeur : ................................................................... | |



**Arrêt, station ou gare desservant**



votre domicile habituel : ...............................................................................................................

votre lieu de travail : ....................................................................................................................

**Moyens de transport utilisés**

*(Indiquer la nature du transport et l'identité du transporteur)*



1. .................................................................................................................................................

2. .................................................................................................................................................

3. ............................................. ...................................................................................................

**Nature du titre d'abonnement souscrit auprès du transporteur**



🗆 abonnement multimodal à nombre de voyages illimité

🗆 carte ou abonnement annuel ou mensuel à nombre de voyages illimité ou limité

🗆 carte ou abonnement hebdomadaire à nombre de voyages illimité ou limité

🗆 carte ou abonnement annuel à renouvellement tacite à nombre de voyages illimité ou

limité (préciser la durée initiale renouvelable)

🗆 abonnement à un service public de location de vélos

🗆 autre (préciser) : ……………………………………………………………………………………..

**Demande de remboursement pour le mois de :**…………………………………………………...

**Coût du titre d'abonnement souscrit** .................................................................………………

**Je déclare que** :

* je ne perçois pas d'indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail,
* je ne bénéficie pas pour le même trajet d'une prise en charge au titre des frais de déplacements temporaires
* je ne bénéficie pas d'un logement de fonction,
* je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonction,
* je ne bénéficie pas d'un transport gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail
* je ne bénéficie pas des dispositions du décret n° 83-588 du 1er juillet 1983 et ne suis pas atteint d'un handicap dont l'importance empêche l'utilisation des transports en commun.

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** **cachet et signature du proviseur du lycée Niépce Balleure**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Cadre réservé au service payeur :*** |  |  |  |
| montant à payer (moitié du coût mensuel de l'abonnement dans |  | ............................. |  |
| la limite du plafond mentionné dans le décret 2010-676) : |  |  |
| ………………………………………………………… |  |  |
| date, cachet et signature |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***DEMANDE A TRANSMETTRE AU SERVICE MUTUALISATEUR***  ***DU LYCEE NIEPCE BALLEURE*** | *- original ou copie du titre d'abonnement + titre(s) de transport + joindre pour tout document non nominatif et / ou ne*  *faisant pas apparaitre le prix payé - une facture* ***nominative*** |
| ***ACCOMPAGNÉE DES PIECES A JOINDRE :*** | *- locations de vélos : copie du contrat ou justificatif d'abonnement* |
|  |  |
|  |  |

*PRISE EN CHARGE PARTIELLE DU PRIX DES TITRES D’ABONNEMENT DOMICILE - TRAVAIL*

*Service mutualisateur académique de paie – Lycée Niépce-Balleure – 71100 Chalon sur Saône*