

ANNEE 20 .. - 20

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL DES TITRES DE TRANSPORT
AFFERENTS AU TRAJET « DOMICILE-TRAVAIL » HORS ILE-DE-FRANCE**

(décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)

Etablissement ou service :

Nom :

Prénom :

Affectation

NUMEN

Numéro de Sécurité Sociale :

Grade :

Questionnaire à remplir par l'agent

Domicile habituel

Numéro et rue :

Commune :

Code postal :

Bureau distributeur :

Lieu de travail

NB : en présence de plusieurs lieux de travail, remplir autant de formulaires que de lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit à remboursement partiel

Numéro et rue :

Commune :

Code postal :

Bureau distributeur :

Arrêt, station ou gare desservant

Votre domicile :

Votre lieu de travail :

Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur

Cocher la case *correspondante* (NB : en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire pour chaque abonnement)

- carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limités
- carte ou abonnement mensuel [ou à renouvellement tacite] à nombre de voyages illimités ou limités
- abonnement à un service public de location de vélo.

Coût de l'abonnement : , € (prix public du transporteur)

Je déclare que :

- mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration ;
- je ne suis pas logé par l'administration à proximité immédiate de mon lieu de travail ;
- je ne bénéficie à aucun titre de la prise en charge des frais de transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ou d'indemnités représentatives de frais pour les déplacements domicile-travail.

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 _____

Visa du chef d'établissement ou de service,

Signature de l'agent,

Partie à remplir par les services du Rectorat ou de l'Inspection Académique

Versement direct à l'agent, montant : , €

Signature et cachet de l'employeur :