

Demande de prise en charge partielle du prix des titres de transport afférents au trajet "domicile-travail"

Liberté Égalité Fraternité

(Décret n° 2010-676 du 21 juin 2010)

NOM:	Prénom :		
Numéro sécurité sociale : _	_ _ _		
Établissement d'affectation :			
Grade :			
Discipline (pour les personnels ense	eignants) :		
	A compléter par l'agent		
<u>Domicile habituel :</u>			
Numéro et rue :			
Complément d'adresse :			
Code postal :	Bureau distributeur :		
<u>Lieu de travail :</u> NB : en présence de plusieurs lieux o susceptibles d'ouvrir droit à prise en	de travail, compléter autant de formulaires que de lieux de travail n charge partielle .		
Numéro et rue :			
Complément d'adresse :			
Code postal :	Bureau distributeur :		
Arrêt, station ou gare desservant :			
Votre domicile :			
Votre lieu de travail :			
Moyens de transport utilisés (natu	re et identité du transporteur) :		
1.			
2.			
3.			

🕜 Formulaire à ret	tourner au Rectorat site de Rou	en 🗍 DPE 🗍 DPA 🗍 DAPAEC	
Cadre réservé à l'a	dministration	INDEMNITÉ CODE 039	
Code administratio	n:		
Paye du mois de :			
Cocher la case corr (NB : en présence d	•	oléter un formulaire pour chaque abonnement	<u></u>
acarte ou abonn	ement <u>annuel</u> à nombre de voy	ages illimités ou limités	
acarte ou abonn	ement <u>mensuel</u> à nombre de vo	oyages illimités ou limités	
acarte ou abonn	ement <u>hebdomadaire</u> à nombre	e de voyages illimités ou limités	
	ement à renouvellement tacite ée initiale renouvelable :	à nombre de voyages illimités ou limités)	
abonnement à	un service public de location de	vélos.	
Coût du titre d'	abonnement :,	_ € (prix public du transporteur)	
- mon transport er l'administration ;		mon lieu de travail n'est pas assuré par	
- je ne suis pas log	é par l'administration à proximi	té immédiate de mon lieu de travail ;	
•		e des frais de transport entre ma résidence ha atives de frais pour les déplacements domicil	
m'engage à signale		ignements fournis dans la présente demal cation qui pourrait intervenir concernant ma ansport utilisés.	
Fait à	, le	Signature de l'agent :	
	CADRE R	ÉSERVÉ AU SERVICE DE GESTION	
Modalité de la pris	se en charge partielle :		
Montant versé à l'a	agent :,€		

Signature et cachet de l'employeur :