

DEMANDE DE REMBOURSEMENT ①

ANNEE :

COLLECTIVITE :

TITULAIRE DE LA DECHARGE
D'ACTIVITE (Nom et Prénom) :

SYNDICAT :

DECHARGES D'ACTIVITE DE SERVICE (DAS) POUR EXERCICE DU DROIT SYNDICAL

relevant des articles 19 et 20
du décret 85-397 du 3 avril 1985

Mois concerné	IM en vigueur au jour de l'absence	Nombre d'heures rémunérées sur le mois	Montant de la rémunération brute mensuelle	dont rappel concernant un autre mois	dont indemnités non mensuelles② (indiquer également leur fréquence)	Montant total des charges patronales	NOMBRE D'HEURES DE DECHARGES D'ACTIVITE DE SERVICE DU MOIS CONCERNÉ

① Le rythme d'envoi des demandes de remboursement est à définir par chaque collectivité dans la limite de 6 mois par fiche

② Il s'agit notamment des primes semestrielles ou annuelles de type 13^{ème} mois, du CIA lorsque celui-ci n'est pas mensualisé,...

DOCUMENT A JOINDRE :

- Les fiches de paie du titulaire de l'autorisation d'absence pour tous les mois concernés
- Un RIB/IBAN en cas de première demande

*Signature de l'agent valant validation des heures et données salariales ci-dessus
Date + NOM Prénom + Signature*