

Demande de remboursement partiel des titres de transport afférents au trajet

"domicile - lieu de travail" hors Ile-de-France
(décret n°2010-676 du 21/06/2010 et circulaire fonction publique du 22/03/2011)

Ministère ou service :

Nom :

Prénom :

Affectation :

Numéro de Sécurité sociale :

Grade :

Questionnaire à servir par l'agent**Domicile habituel**

Numéro et rue :

Commune :

Code postal :

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 :

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 :*NB : en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire pour chaque abonnement***joindre la copie lisible de la carte d'abonnement et les titres originaux de transport** abonnement multimodal à nombre illimité de voyages carte ou abonnement annuel à nombre illimité ou limité de voyages carte ou abonnement mensuel à nombre illimité ou limité de voyages carte ou abonnement hebdomadaire à nombre illimité ou limité de voyages abonnement à un service public de location de vélos carte ou abonnement abonnement à renouvellement tacite durée initiale :**Coût de l'abonnement : _ _ _ , _ _ _ € (prix public du transporteur)****Je déclare sur l'honneur que :**

je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur ou que je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonctions , ni d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail

je ne bénéficie pas pour le même trajet de frais de déplacement temporaire

je ne perçois pas d'indemnité représentative de frais pour les déplacements domicile - lieu de travail

je ne suis pas logé par mon employeur à proximité immédiate de mon lieu de 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.

signature de l'agent :

Fait àle/...../.....

Visa du supérieur hiérarchique : (tampon de l'établissement, signature du chef d'établissement)**partie réservée à l'administration** **abonnement mensuel :**

montant mensuel remboursé _ _ _ , _ _ _ €

rappel au titre des mois précédents :

 abonnement annuel :

montant mensuel remboursé _ _ _ , _ _ _ €

rappel au titre des mois précédents :

 abonnement hebdomadaire

montant mensuel remboursé _ _ _ , _ _ _ €

rappel au titre des mois précédents :