

Remarque : indiquez sur le croquis le plan de circulation (sens interdit...) du chemin emprunté ainsi que le nom des rues ou une référence par rapport à l'index des rues. A ne remplir qu'à la première demande ou si des changements de trajet ont lieu, auquel cas il faudra préciser la raison desdits changements. Le chef d'établissement, le pouvoir organisateur ou le directeur du centre psycho-médico-social se réserve le droit de refuser le parcours proposé ou d'en modifier le kilométrage total, en motivant sa décision.

Je reconnais que le chemin décrit ci-dessus est celui qui est le plus court et qui offre le plus de sécurité.

Dans le cas où la bicyclette servirait à se rendre à un arrêt de transport en commun, indiquez le transport en commun utilisé et éventuellement le numéro d'abonnement

Je confirme sur l'honneur avoir utilisé ma bicyclette pour me rendre à mon lieu de travail ou à un arrêt de transport en commun pour la période du (jour-mois-année) au (jour-mois-année), correspondant à un nombre total de jours effectifs d'utilisation, soit un kilométrage total de km x jours = km (arrondi au kilomètre supérieur). J'estime dès lors avoir droit à une indemnité de km x 0,15 euros = euros pour la période susmentionnée. L'indemnité peut être versée sur le compte n°/..... de (titulaire) à (adresse).

Je reconnais n'avoir pas eu recours à un quelconque transport en commun ou à mon véhicule personnel durant la période d'utilisation de la bicyclette pour le trajet repris ci-dessus ou le trajet retenu par l'autorité.

Date et Signature

Visa du Chef d'établissement/pouvoir organisateur/directeur du centre psycho-médico-social.
(Nom et signature)

ANNEXE 1

INTERVENTION DANS LES FRAIS DE TRANSPORT DU DOMICILE AU LIEU DE TRAVAIL

Etablissement :
.....
.....

Je soussigné

Nom et prénom (en lettres capitales) :
.....

Adresse :

Matricule n° :

Demande l'intervention de l'employeur dans les frais de transport résidence-lieu de travail

pour la période du au

Montant total payé :

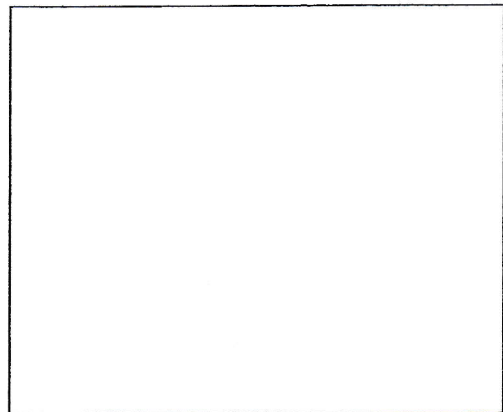
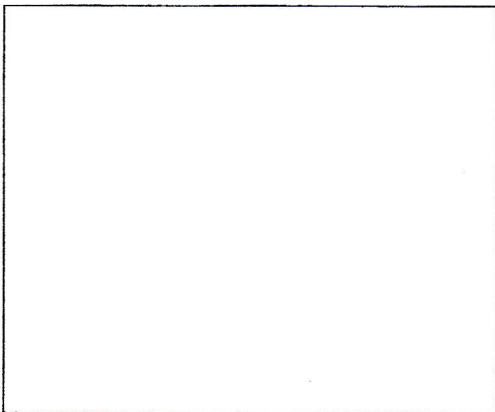
Montant à rembourser :

A verser sur le compte n°

de.....

Photocopie de la carte d'abonnement

Original du billet de validation



J'affirme sur l'honneur que le moyen de transport repris ci-dessus est habituellement utilisé sur la distance renseignée.

Fait à, le.....

Signature

Visa du Chef d'établissement/pouvoir organisateur/directeur du Centre PMS.

(Nom et signature)