

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL DES TITRES DE TRANSPORT AFFÉRENTS AUX TRAJETS DOMICILE - TRAVAIL

(À remplir par l'agent)

Centre d'affectation : **Statut :**
 Nom : Titulaire CDD
 Prénom : MOO Stagiaire gratifié
 Matricule :
 Unité d'affectation :
 Dates contrat :
 Quotité travaillée : ≥à 50 % <à 50 %

Titre de transport :
 Nature du titre :
 Validité du titre :
 Montant payé :

En présence de plusieurs titres d'abonnements, remplir un formulaire pour chacun.

Domicile habituel :

Numéro et rue :
 Commune : Zone :
 Code postal :

Lieu de travail :

Numéro et rue :
 Commune : Zone :
 Code postal :

En cas de pluralité des lieux de travail, remplir autant de formulaires que de lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit au remboursement partiel.

Cadre réservé à l'administration

Profil de paie :

Montant remboursé :

Mois de paie :

Titre :

Zones :

Je déclare que :

- Je ne perçois pas d'indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ;
- Je ne bénéficie pas d'un logement de fonction ne me faisant supporter aucun frais de transport pour me rendre sur mon lieu de travail ;
- Je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonction ;
- Je ne bénéficie pas d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail ;
- Je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur ;
- Je ne bénéficie pas pour le même trajet d'une prise en charge au titre des frais de déplacement temporaires ;
- Je ne bénéficie pas des dispositions du décret n° 83-588 du 1^{er} juillet 1983 et ne suis pas atteint d'un handicap dont l'importance empêche l'utilisation des transports en commun.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transports utilisés.

Signature du DSA et cachet INRAE :

Fait à le, **Signature de l'agent :**