

|                |                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| code indemnité | Imputation budgétaire (Programme *)                                                                                                                                                                                        |
| 0039           | <input type="checkbox"/> 0139 <input type="checkbox"/> 0140<br><input type="checkbox"/> 0141 <input type="checkbox"/> 0150<br><input type="checkbox"/> 0214 <input type="checkbox"/> 0230<br><input type="checkbox"/> 0231 |

\* cocher la case correspondant au programme

|                                                   |                     |
|---------------------------------------------------|---------------------|
| PERIODE DU ...../...../..... AU ...../...../..... | Code Administration |
|---------------------------------------------------|---------------------|

Document à retourner au service chargé de la gestion du dossier de l'agent :

Nom : ..... Prénom : ..... Grade : ..... Discipline : ..... Quotité de travail : ..... %

Adresse du domicile : N° et rue : ..... Commune : .....

Lieu de travail : Etablissement - Adresse : .....

Arrêt, station, gare desservant : le domicile : ..... le lieu de travail : .....

Nature de l'abonnement souscrit :

☐ abonnement multimodal à nombre de voyages illimité ☐ abonnement annuel à nombre de voyages illimité ou limité ☐ abonnement à un service public de location de véhicules

☐ abonnement mensuel à nombre de voyages illimité ou limité ☐ abonnement hebdomadaire à nombre de voyages illimité ou limité

Nom et adresse de la compagnie de transports : .....

Coût de l'abonnement (payé par l'agent) : .....€

NB : En cas de plusieurs lieux de travail ou de souscriptions à plusieurs abonnements de transport nécessaires au trajet « domicile-travail », remplir autant de formulaires que de lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit à remboursement partiel.

Je déclare que :

Je ne perçois pas d'indemnité représentative de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail

Je ne bénéficie pas d'un logement de fonctionne me faisant supporter aucun frais de transport pour me rendre à 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 déplacements temporaires

Je ne bénéficie pas des dispositions du décret n°83-588 du 1<sup>er</sup> 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 par la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant mon domicile habituel, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés

Fait à ..... le ..... Signature de l'agent :

Prise en charge partielle mensuelle par l'administration employeur (dans la limite du plafond fixé par l'art. 3 du décret 2010-676) : .....€

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFIP.

Conformément à la loi « informatique et libertés » (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au recteur de l'académie d'Aix-Marseille ou au directeur académique des services de l'éducation nationale du département dans lequel vous êtes affectés. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vu et vérifié à ..... Le ...../...../.....  
Le chef de Division, responsable de la préliquidation :  
(cachet et signature)