****

**DEMANDE D’AUTORISATION DES DECHARGES D’ACTIVITE DE SERVICE POUR MOTIF SYNDICAL**

**NOM DE L’ORGANISATION SYNDICALE :…………………………...…………………………………...**

**NOM DE LA COLLECTIVITE :…………………………………………………………………………………..**

**NOM et prénom du délégué :…………………………………………………………………………………..**

**Grade :……………………………………………………………………………………………………………...**

**PERIODE :**

Mois :………………………………………………………………………………………………………………..

Nombre d’heures :…………………………………………………………………………………………………

**PLANNING DES DAS :**

**A défaut de planning, l’agent doit prévenir l’autorité territoriale 3 jours au moins avant l’utilisation des heures de décharge d’activité syndicale.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATES** | **Heures** |
| Le ………………………… | De………….. à ……………Heures |
| Le ………………………… | De………….. à ……………Heures |
| Le ………………………… | De………….. à ……………Heures |
| Le ………………………… | De………….. à ……………Heures |
| **TOTAL** |  |

Pour l’organisation syndicale Signature de l’agent

Nom et qualité

Signature et cachet

**DECISION DE L’AUTORITE TERRITORIALE**

Les / la décharge(s) d’activité sollicitée(s) :

🞏 est / sont accordée(s)

🞏 est / sont refusée(s)

En cas de refus, motiver de façon détaillée……………………………………………………………………

……………………………………………….……………………………………………….……………………..

Date : …………………………….

Le Maire/ Le Président

Signature et cachet