****

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES AUTORISATIONS**

**SPECIALES D’ABSENCE**

**Article 17 exclusivement**

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

**Intitulé et N° de compte du trésorier :………………………………………………………………………..**

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

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

**Grade :……………………………………………………Echelon :……IB :………IM :……..**

**PERIODE :**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATES** | **Heures/Minutes** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL** |  |

Traitement brut mensuel :……………………………………………………………………………………………………………

Charges patronales (Taux :……%) :……………………………………………………………………………

**TOTAL :…………………………………………………………………………………………………………….**

**Le représentant de la collectivité soussigné, certifie exact les renseignements portés sur la présente demande de remboursement, tant sur le nombre d’heures de décharge d’activité que sur le classement de l’agent.**

**ARRETE A LA SOMME DE :………………………………………………………………………...**

**…………………………………………………………………………………………………...**

**Certifié exact, à……………………………………, le…………………………….……**

**L’autorité territoriale**

**Faire retour de la présente demande de remboursement au Centre de Gestion en joignant le bulletin de salaire de l’agent, la convocation du syndicat, l’attestation de présence et l’emploi du temps de l’agent si ce dernier est à temps non complet.**