****

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE DECHARGE D’ACTIVITE DE SERVICE POUR MOTIF SYNDICAL**

**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 :**

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

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

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 et la convocation du syndicat.**