|  |  |
| --- | --- |
| EXERCICE DES DROITS SYNDICAUX | 41DrtSyn |

|  |
| --- |
| **DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES DECHARGES D’ACTIVITE DE SERVICE** |
| Articles R 214-25 et suivants du Code Général de la Fonction Publique (CGFP) |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS GENERALES** |
| **Collectivité employeur :****Nom et prénom de l’agent :** |  |
| **Type de décharge****(cocher la case adéquate)** | 󠄀 Partielle󠄀 Totale (100% du temps de travail) |

|  |
| --- |
| **SI DECHARGE TOTALE D’ACTIVITE****NOMBRE D’HEURES A DEDUIRE AU TITRE DU MOIS DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 :** |
| (congés annuels, de maladie…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_\_\_\_\_ MIN |

|  |
| --- |
| **SI DECHARGE PARTIELLE D’ACTIVITE****ETAT DES HEURES AU TITRE DU MOIS DE**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **2025** |
| Date | Nombre d’heures | Date | Nombre d’heures |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL mensuel de la décharge d’activité****(en heures / minutes) :** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_\_\_\_\_ MIN** |
| **Retour mensuel des demandes de remboursement au CDG avant le 15 du mois suivant.****Joindre une copie du bulletin de salaire.** |
| Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **2025**Signature de l’agent, | Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **2025**Signature du responsable de l’organisation syndicale et cachet de l’organisation syndicale, | Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **2025**Signature et cachet de l’autorité territoriale employeur de l’agent, |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CADRE RESERVE AU CDG** |  | Le Président,Daniel MATERGIAMaire de SANCY |
| Somme à mandater : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € ***Méthode de calcul : (Rémunération brute globale + charges patronales / nombre d’heures mensuelles) X nombre d’heures déchargées*** |  |
| Exercice 2025Mandat : Bordereau : Du :  |  |