|  |  |
| --- | --- |
|  | Pôle des Relations et des Ressources Humaines  |

|  |
| --- |
| Demande de Forfait Mobilité DurableDécret n° 2020-543 du 9 mai 2020 |

***Document à remplir avant le 31 décembre 2023***

**Année civile 2023**

**Pour la période du 1er janvier au 31 décembre**

|  |
| --- |
| Nom : ............................................................................... Prénom : .................................................................... |
| INSEE :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Grade : ................................................................ | Discipline ou Fonction : ............................................................................ |
| **ETABLISSEMENT D’AFFECTATION :** |
| Etablissement d’affectation : ..................................................................................................................................................... |
| N° et libellé de la voie : ............................................................................................................................................................ |
| Code postal : ............................................... |  Localité : ......................................................................................................... |
| **ADRESSE PERSONNELLE :** |
| N° et libellé de la voie : ........................................................................................................................................................... |
| Complément (N° d’appartement, boîte aux lettres, escalier, couloir, étage ou autre...) : ............................................................................. |
| Lieu dit (ou BP) : ...................................................................................................................................................................... |
| Code postal : ............................................... |  Localité : ........................................................................................................ |
| **AUTRE EMPLOYEUR PUBLIC (LE CAS ECHANT)** |
| Nom de l’employeur : …..................................................................................................................................................... |
| N° et libellé de la voie : ….......................................................................................................................................................... |
| Code postal : …......................................... |  Localité : ............................................................................ |
| Nombre d’heures travaillées :…… | Nombre de jours déclarés au titre du forfait auprès de cet employeur :  |

Pour les agents effectuant du co-voiturage (conducteur ou passager), le présent formulaire doit obligatoirement être accompagné d’un justificatif : relevé de facture (passager) ou de paiement (conducteur) d’une plateforme de covoiturage ou attestation sur l’honneur du covoitureur (covoiturage hors plateforme) via cet outil : <https://attestation.covoiturage.beta.gouv.fr/salarie-secteur-public> ou attestation du registre de preuve de covoiturage.

**J’atteste sur l’honneur utiliser à l’occasion de mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail, le ou les moyens de transport suivants pour le nombre de jours indiqué.**

|  |
| --- |
| *(Veuillez indiquer le nombre de jours de déplacements réalisés durant l’année au titre de laquelle la demande est produite)* |
|  |
|  | **JANV.** | **FEV.** | **MARS** | **AVR.** | **MAI** | **JUIN** | **JUIL.** | **AOUT** | **SEPT.** | **OCT.** | **NOV.** | **DÉC.** | **TOTAL** |
| **Vélo** | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| **Covoiturage** | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| **Autre engin personnel** | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| **Service de mobilité partagée** | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| **Autre transport public de personne** | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| **Nombre total de jours de déplacements réalisés ouvrant droit au bénéfice du FMD** | **\_ \_ \_ JRS** |

**Je déclare ne pas me trouver dans les exclusions visées par le décret :**

|  |
| --- |
| [ ] Ne pas bénéficier de la prise en charge d’un abonnement à un service public de location de vélos au titre du décret du 21 juin 2010 pour les déplacements déclarés ci-dessus,[ ] Ne pas percevoir d’indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon(mes) lieu(x) de travail,[ ] Ne pas bénéficier d’un logement de fonction sur le lieu de travail ou d’un véhicule de fonction,[ ] Ne pas bénéficier d'un transport gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail (transport collectif gratuit ou transport gratuit par l'employeur),[ ] Ne pas bénéficier pour les mêmes trajets d’une prise en charge au titre des frais de déplacements temporaires, [ ] Ne pas bénéficier des dispositions du [décret n°83-588 du 1er juillet 1983](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000861809/2020-10-16/) (personnels situé dans la zone de compétence de l’autorité organisatrice des transports parisiens dont le handicap empêche d’utiliser les transports en commun). |

Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et m’engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés.

Je m’engage à fournir tout justificatif réclamé par l’administration à tout moment de l’année. L’administration se réserve le droit de demander toutes informations complémentaires dont elle aurait besoin dans le cadre des contrôles effectués.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Fait à  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | Le | \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |
| Signature **obligatoire**  |  |
|  |  |
|  |  |
| Cachet et Signature du Chef d’établissement ou de service **obligatoire** |  |