|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2018_logo_academie_Nancy_Metz_NB**

|  |
| --- |
| **Demande de prise en charge partielle du prix des titres d’abonnement correspondant** **aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle** **et leur lieu de travail**Décret n°2023-812 du 21 août 2023 modifiant le décret n°2010-676 du 21 juin 2010 (Indemnité 0039) |

 **Questionnaire à servir par l’agent****Nom : Prénom :****Affectation :****Numéro de Sécurité sociale :****Grade :** **Discipline :**  **Domicile habituel****Numéro et rue :****Code postal : Commune :** **Lieu de travail***NB : en présence de plusieurs lieux de travail, remplir autant de formulaire que de lieux de travail**susceptibles d’ouvrir droit à remboursement partiel***Numéro et rue :****Code postal : Commune :****Arrêt, station ou gare desservant :****Votre domicile :****Votre lieu de travail :****Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)***NB : en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire* ***pour chaque abonnement*****Nature :****Identité du transporteur :****Nature de l’abonnement souscrit auprès du transporteur**🞎 carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limités🞎 carte ou abonnement mensuel à nombre de voyages limités ou illimités 🞎 carte ou abonnement hebdomadaire à nombre de voyages limités ou illimités🞎 abonnement à un service public de location de vélo |  **Période et montant de l’abonnement souscrit :** **Période**: du …….…./…..….../…….….. au ……..…/……..…/…..……. **Montant du titre d’abonnement souscrit** (payé par l’agent) : …………….€ (joindre les justificatifs originaux des titres d’abonnement) Je déclare que : * mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n’est pas assuré par l’administration ;
* je ne bénéficie pas d’un véhicule de fonction ;
* je ne suis pas logé par l’administration à proximité immédiate de mon lieu de travail ;
* je ne bénéficie à aucun titre de la prise en charge des frais de transport entre ma résidence habituelle

et mon lieu de travail ou d’indemnités représentatives de frais pour les déplacements domicile-travail. Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m’engage  à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés. Fait à , le , Signature de l’agent :  **Partie réservée aux services académiques (rectorat ou DSDEN)** **Ministère : Code adm :** **Détail de la liquidation :**……………………………………………………………….  **Montant mensuel de la prise en charge partielle :**………..………**€** (dans la limite du plafond fixé au 1er janvier 2024 à 99,00€) **Date d’effet de la prise en charge :** du………………………………au …………………………….. **Paye de** : ……………………………… **Signature et cachet de l’employeur :** |