CREDIT TEMPS SYNDICAL :

Demande de remboursement

COLLECTIVITE : ……..

Agent concerné : ……

Syndicat : ……

Durée de la décharge : …….. **heures mensuelles**

Grade : …….. Echelon : …… IB/IM : ……....

MOIS : ……

A transmettre au CDG 26 avant la fin du mois N+2

Date	Nombre d'heures DAS utilisées	Nombre d'heures ASA- art 17
TOTAL		

Le cas échéant : nombre de jours de congés maladie sur le mois : ……

Certifié exact par l'autorité territoriale
Date :……
Signature et cachet :

Joindre impérativement à ce document :

- Le bulletin de salaire du mois concerné
- Pour des DAS : L'arrêté plaçant l'agent en DAS (une seule fois pour l'année civile)
- Pour des ASA : la convocation à la réunion + attestation de présence
- *Le cas échéant*, attestation sur le report d'heures au mois suivant