

## Demande de remboursement des autorisations d'absences<sup>1</sup>

(article 17 pris sur le contingent de l'article 14 du décret 85-397 modifié du 3 avril 1985)

**Attention ! Les autorisations d'absences (AA) sont différentes des décharges d'activité de service (DAS)**

Année : .....

Mois de : .....

### COLLECTIVITE

Identité de la collectivité : .....

### ORGANISATION SYNDICALE

Nom de l'organisation syndicale : .....

### DELEGUE SYNDICAL

Nom et prénom du délégué : .....

Grade : .....

Indice brut : ..... Indice majoré : ..... Points de NBI : .....

Temps de travail :

- Temps complet
- Temps partiel – quotité de travail : .....%
- Temps non complet – durée hebdomadaire de service : .....h.....min

### CREDIT D'HEURES

Heures allouées : .....

Heures déduites pour arrêt maladie : .....

Heures utilisées : .....

***(déduction faite des congés annuels et RTT)***

### DETAIL DES AUTORISATIONS D'ABSENCES

| Dates | Nombre d'heures |
|-------|-----------------|
|       |                 |
|       |                 |
|       |                 |
|       |                 |
|       |                 |
|       |                 |
| Total |                 |

L'agent ci-dessus désigné certifie avoir bénéficié d'autorisations d'absences (**déduction faite des congés annuels, RTT et congés maladie**) comme indiqué dans le tableau.

Certifié exact, à ....., le .....

Certifié exact, à ....., le .....

L'agent (*signature*)

Le secrétaire départemental de l'organisation syndicale (*signature*)

L'autorité territoriale soussignée, certifie exacts les renseignements portés sur la présente demande de remboursement, en ce qui concerne le nombre d'autorisations d'absences remboursables.

Certifié exact, à ....., le .....

L'autorité territoriale (*signature*)

<sup>1</sup> Les demandes de remboursement d'autorisations d'absences **ne sont acceptées que pour l'année civile en cours** et sont complémentaires des demandes de remboursement des décharges d'activité de service