

**Demande de remboursement partiel des titres de transport
afférents aux déplacements entre résidence habituelle et lieu de
travail
(décret n°2010-676 du 21 juin 2010)**

Ministère ou service :

Nom :

Prénom :

Affectation :

Numéro de Sécurité sociale :

Grade :

Discipline (enseignants) :

Questionnaire à servir par l'agent

Domicile habituel

Numéro et rue :

Commune :

Code postal :

Bureau distributeur :

Lieu de travail

NB : en présence de plusieurs lieux de travail, remplir autant de formulaires que de lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit à remboursement partiel

Numéro et rue :

Commune :

Code postal :

Bureau distributeur :

Arrêt, station ou gare desservant :

Votre domicile :

Votre lieu de travail :

Moyens de transport utilisés (nature et identité du transporteur)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Nature de l'abonnement souscrit auprès du transporteur

Cocher la case correspondante (NB : en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire pour chaque abonnement)

- carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités
- carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire à nombre de voyages illimités
- carte ou abonnement mensuel ou hebdomadaire ou à renouvellement tacite à nombre de voyages limités

NB : Joindre le titre de transport.

Coût de l'abonnement : ____, __ € (prix public du transporteur)

Je déclare que :

- mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration ;
- 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 :

Questionnaire à servir par l'employeur

Modalité de la prise en charge partielle :

- -si versement direct à l'agent, montant : ____ €
- -si versement au transporteur, montant : ____ €
- -si formule mixte, montants respectifs : ____ € (agent)
____ € (transporteur)

Signature et cachet de l'employeur :