

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES DÉCHARGES D'ACTIVITÉ DE SERVICE (DAS)

(En application des articles R. 214-25 et R. 214-26 du CGFP).

Mois Année

État mensuel des heures de DAS utilisées**NB : Le nombre d'heures doit être indiqué en centième.**

Collectivité ou établissement		
Nom et prénom de l'agent		
Organisation syndicale		
Nombre d'heures à rembourser (exprimé en centième d'heure : par exemple 7h30 doit être indiqué 7,50)	Date	Nombre d'heures ¹
Total nombre d'heures (en centième d'heure)		

Rémunération concernée		
Mois	Traitement brut (non proratisé)	Charges patronales ² (non proratisées)
Montant total		

Date :/...../.....	Date :/...../.....	Date :/...../.....
Visa de l'organisation syndicale	Signature de l'agent	Certifié exact par l'autorité territoriale Cachet de la collectivité

Attention : cette demande de remboursement doit être transmise au CDG à la fin de chaque mois (au plus tard le 15 du mois suivant) accompagnée des pièces suivantes :

- Le présent formulaire de demande de remboursement, signé par l'autorité territoriale, l'agent et le syndicat ;
- Une copie du bulletin de paye de l'intéressé(e) pour la période au titre de laquelle le remboursement est demandé ;
- Les coordonnées bancaires du comptable public dont relève la collectivité ou l'établissement (pièce exigée uniquement pour la première demande de remboursement de l'année).

¹ Il convient d'indiquer les heures de DAS effectivement utilisées par l'agent et non le nombre d'heures prévisionnel.

² Il s'agit des charges patronales obligatoires déduction faite de toutes charges patronales particulières non obligatoires (exemple : part patronale des chèques déjeuner)

ANNEXE 1 : FORMULAIRE TYPE DE DEMANDE ET D'AUTORISATION DE DÉCHARGE D'ACTIVITÉ DE SERVICE (DAS)

en application des R. 214-25 et R. 214-26 du CGFP du CGFP.

COLLECTIVITÉ	
SERVICE	
NOM, PRÉNOM	
ORGANISATION SYNDICALE	

DÉCHARGE DEMANDÉE <i>(Cochez la case correspondante)</i>	☐ DÉCHARGE PERMANENTE Durée : À compter du :/...../..... Quotité de la décharge : ☐ Totale ☐ Partielle à raison deH/mois (nb d'heures par mois)
	☐ DÉCHARGE OCCASIONNELLE Date :/...../..... Horaire : deH..... àH..... Quotité de la décharge : ☐ Totale ☐ Partielle à raison deH/mois (nb d'heures par mois)

Date :	Date :
Visa de l'organisation syndicale	Signature de l'agent

DÉCISION DE L'AUTORITÉ TERRITORIALE	
☐ FAVORABLE ☐ DEFAVORABLE Motif en cas de refus : Date/...../..... Signature et cachet	

**ANNEXE 2 : MODÈLE D'ARRÊTÉ DE DÉCHARGE PARTIELLE OU TOTALE DE SERVICE
POUR L'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ SYNDICALE**

DE M, GRADE.....

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président de

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code général de la fonction publique, notamment ses articles Article R. 214-25, Article R. 214-26 et R. 212-1 à R. 212-21.

Considérant que M a été désigné(e) par l'organisation..... (Précisez l'organisation syndicale), pour bénéficier d'une décharge totale ou partielle d'activité de service pour exercer une activité syndicale à hauteur de :

- heures mensuelles,
- soit% (indiquez le pourcentage correspondant à la décharge).

Considérant que cette désignation est compatible avec la bonne marche du service, et que rien ne s'oppose à l'octroi de la décharge d'activité de service.

ARRÊTE

ARTICLE 1 :

A compter du, M.....bénéficiera d'une décharge totale ou partielle d'activité de service pour exercer une activité syndicale à hauteur de heures mensuelles, soit.....% pour l'année.....

ARTICLE 2 :

M..... demeure en position d'activité et bénéficie de ses droits attachés à cette position dans les conditions et le respect de la réglementation susmentionnée.

ARTICLE 3 :

M.....reste soumis aux obligations et déontologie des fonctionnaires, dans le respect de la réglementation susmentionnée, compatible avec l'exercice d'une activité syndicale.

ARTICLE 4 :

Le Directeur Général des services (le Secrétaire de Mairie ou le Directeur) est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l'intéressé(e).
- Ampliation adressée :
- à la Présidente du Centre de Gestion,
 - au comptable de la collectivité.

Fait à le
Madame la Maire / Monsieur le Maire
/ Madame la Présidente / Monsieur le
Président (prénom, nom et qualité lisibles)

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,
- informe que le présent arrêté peut-être contesté devant le Tribunal Administratif de Melun dans un délai de deux mois, à compter de la présente notification.
- Le Tribunal Administratif peut être saisi au moyen de l'application informatique Télérecours citoyen accessible par le biais du site www.telerecours.fr.

Notifié leSignature de l'agent :