

**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° 2010-676 du 21 juin 2010 modifié

PARTIE A REMPLIR PAR L'AGENT

| | | |
|-----------------|--------------------------|----------|
| Identité | NOM : | Prénom : |
| | N° de sécurité sociale : | |
| | Grade : | |
| | Affectation : | |

| | |
|-----------------|---------------|
| Domicile | N° et rue : |
| | Code postal : |
| | Commune : |

| | |
|------------------------|---|
| Lieu de travail | <i>En présence de plusieurs lieux de travail, remplir autant de formulaire que de lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit à remboursement partiel.</i> |
| | N° et rue : |
| | Code postal : |
| | Commune : |

| | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| Moyens de transport utilisés | Nature : |
| | Nom du transporteur : |

| | |
|--|--|
| Nature du titre d'abonnement souscrit | <i>En cas de souscriptions à plusieurs abonnements de transport nécessaires au trajet « domicile-travail », remplir un formulaire pour chacun.</i> |
| | <input type="checkbox"/> carte ou abonnement <u>annuel</u> à nombre de voyage illimité ou limité |
| | <input type="checkbox"/> carte ou abonnement <u>mensuel</u> à nombre de voyages illimité ou limité |
| | <input type="checkbox"/> carte ou abonnement <u>hebdomadaire</u> à nombre de voyages illimité ou limité |
| | <input type="checkbox"/> abonnement SNCF type « Carte liberté » |
| | <input type="checkbox"/> abonnement à un service public de location de vélos. |

| | | |
|--|--|------|
| Période et montant de l'abonnement souscrit | Abonnement annuel : indiquer la période correspondant à votre échéancier de prélèvement ou à votre contrat (Exemple : renouvellement TBM : du 01/01/2025 au 31/12/2025) Abonnement mensuel ou hebdomadaire : indiquer la période durant laquelle vous comptez recourir à ce type d'abonnement (période ne pouvant aller au-delà du 31 août) (Exemple : renouvellement PASS Abonné Nouvelle Aquitaine : du 01/09/2024 au 31/08/2025) | |
| | Du : | Au : |
| | Montant du titre de l'abonnement souscrit (payé par l'agent) : € | |

Je déclare que :

- Je ne perçois pas d'indemnités représentatives de frais de déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ;
- Je ne bénéficie pas d'un logement de fonction ne me faisant supporter aucun frais de transport pour me rendre à mon lieu de travail ;
- Je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonction ;
- Je ne bénéficie pas d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail ;
- Je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur ;
- Je ne bénéficie pas pour le même trajet d'une prise en charge au titre des frais de déplacements temporaires ;
- Je ne bénéficie pas des dispositions du décret n° 83-588 du 1er juillet 1983 et ne suis atteint(e) d'un handicap dont l'importance empêche l'utilisation des transports en commun.

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 A REMPLIR PAR LE SERVICE GESTIONNAIRE

| | |
|---|------------|
| Ministère : | Code adm : |
| Montant mensuel de la prise en charge partielle (dans la limite du plafond fixé par l'art.3 du décret 2010-676 modifié) : € | |
| Vu et vérifié, | |
| A _____ | Le _____ |
| Signature et cachet du service gestionnaire | |