## ETAT NOMINATIF D’UTILISATION DU CREDIT DE TEMPS ACCORDE DANS LE CADRE DE L’EXERCICE DES DROITS SYNDICAUX

**DECHARGES D’ACTIVITE DE SERVICE / AUTORISATION SPECIALE D’ABSENCE**

(articles 19 et 20 du décret n°85-397 du 03/04/85 modifié) / (articles 14 et 17 du décret n°85-397 du 03/04/85 modifié)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EMPLOYEUR** | | **PERIODE** | |
| Dénomination :  Dépend de :  son propre comité techniquedu comité technique du CDG06  Correspondant administratif de l’état d’heures :  Téléphone : Courriel : | | Choisissez un élément. | 20... |
| **REPRESENTANT SYNDICAL** | | **ORGANISATION**  **SYNDICALE** | |
| Nom :  Grade :  Echelon :  Indice brut : | Prénom :  Titulaire  Stagiaire  Non titulaire | Choisissez un élément. | |
| **SITUATION DURANT LA PERIODE** | | | |
| **Congés annuels** | **Congés de maladie** | **Autres absences** | |
|  |  |  | |

**ETAT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOIS** | | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. | **TOTAL** |
| **NOMBRE D’HEURES** | **DAS\*** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ASA\*\*** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pour permettre le remboursement des heures constatées, vous devez impérativement joindre les **bulletins de salaires** des périodes désignées ainsi que **l’état individuel des heures** validé par le secrétaire départemental du syndicat ou son représentant | | | | | | | |
| **Montant à rembourser**  *Cadre réservé au CDG06* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Agent du CDG06 chargé du pointage :** | | | Visa : | | | | |

Je soussigné ................................................................................................................, certifie l’exactitude des renseignements portés sur le présent état.

A ........................................................................., le Cliquez ici pour entrer une date..

Cachet de la collectivité Signature de l’autorité territoriale ou son représentant