## 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 technique[ ] du comité technique du CDG06Correspondant 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. | **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