

**Demande de remboursement partiel des titres de transport afférents au trajet
"domicile - lieu de travail" hors Ile-de-France
(décret n°2010-676 du 21/06/2010 et circulaire fonction publique du 22/03/2011)**

Ministère ou service :

Nom : Prénom :

Affectation :

Numéro de Sécurité sociale :

Grade :

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 :

NB : en présence de plusieurs abonnements, remplir un formulaire pour chaque abonnement

→ et joindre la copie de la carte d'abonnement et les titres de transport

- ☐ abonnement multimodal à nombre illimité de voyages
- ☐ carte ou abonnement annuel à nombre illimité ou limité de voyages
- ☐ carte ou abonnement mensuel à nombre illimité ou limité de voyages
- ☐ carte ou abonnement hebdomadaire à nombre illimité ou limité de voyages
- ☐ abonnement à un service public de location de vélos
- ☐ carte ou abonnement abonnement à renouvellement tacite durée initiale :

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

Je déclare sur l'honneur que :

- je ne suis pas transporté gratuitement par mon employeur ou que je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonctions , ni d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail
- je ne bénéficie pas pour le même trajet de frais de déplacement temporaire
- je ne perçois pas d'indemnité représentative de frais pour les déplacements domicile - lieu de travail
- je ne suis pas logé par mon employeur à proximité immédiate de mon lieu de 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.

signature de l'agent :

Fait àle/...../.....

Visa du supérieur hiérarchique : (tampon de l'établissement, signature du chef d'établissement)

partie réservée à l'administration

✕ abonnement mensuel :

➤ montant mensuel remboursé _ _ _ . _ _ _ €

rappel au titre des mois précédents :

✕ abonnement hebdomadaire

➤ montant mensuel remboursé _ _ _ . _ _ _ €

rappel au titre des mois précédents :

✕ abonnement annuel :

➤ montant mensuel remboursé _ _ . _ _ _ €

rappel au titre des mois précédents :