

**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**

<b>Identité</b>	NOM :	Prénom :
	N° de sécurité sociale :	
	Grade :	
	Affectation :	

<b>Domicile</b>	N° et rue :
	Code postal :
	Commune :

<b>Lieu de travail</b>	<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 :

<b>Moyens de transport utilisés</b>	Nature :
	Nom du transporteur :

<b>Nature du titre d'abonnement souscrit</b>	<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.

<b>Période et montant de l'abonnement souscrit</b>	<b>Abonnement annuel</b> : indiquer la période correspondant à votre échéancier de prélèvement ou à votre contrat (Exemple : renouvellement TBM : du 01/01/2024 au 31/12/2024)	
	<b>Abonnement mensuel ou hebdomadaire</b> : 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 01/09/2023 au 31/08/2024)	
	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	