

**SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES**

🕿 :

Contact :

* 05.62.13.24.18

* rh.absences@lasalvetat31.com

**Etat des frais de déplacements**

**-**

**Demande de remboursement**

Sur justificatifs (originaux)

**Nom – Prénom de l’agent**

…………………………………………………………………………………………………………………

**Service**

……………………………………………………………………………………………………………………

**Résidence administrative**

Mairie de La Salvetat Saint-Gilles

Place du 19 mars 1962

31880 LA SALVETAT SAINT GILLES

1. **MOTIF DU DEPLACEMENT**

Mission

Stage/Formation

Visite médicale (ordonnée par la collectivité ou médecine du travail)

Préparation à un concours ou un examen professionnel

1. **DATES ET LIEU DU DEPLACEMENT**

**Du …………/…………/…………. Au ……………/…………/………… de LA SALVETAT ST-GILLES**

**à…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*(adresse du lieu)* .**

1. **TRAJET**

Aller simple  Retour simple  Aller - retour

1. **FRAIS KILOMETRIQUES depuis la résidence administrative**

(joindre la copie de la carte grise) Ex : CNFPT aller/retour 34 km

**Véhicule personnel**

- Puissance fiscale : …………………………………………………………………………………….

- Kilomètres effectués : …………………………………………………………………………………

- Taux applicable : ………………………………………………………………………………………

**Montant ………………..€**

**Taux des indemnités kilométriques en vigueur au 01 mars 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Distance | Véhicules ≤ 5 CV | Véhicules de 6 et 7 CV | Véhicules d'au moins  8 CV |
| Jusqu'à 2 000 km | 0,29 € par km | 0,37 € par km | 0,41 € par km |
| De 2 001 à 10 000 km | 0,36 € par km | 0,46 € par km | 0,50 € par km |
| Après 10 000 km | 0,21 € par km | 0,27 € par km | 0,29 € par km |
| Motocyclette cylindrée sup à 125 cm3 | 0.14 par Km |  |  |

1. **FRAIS DE REPAS** (sauf prise en charge par l’organisme de formation et sur *justificatifs)\**

…………….. (nombre de repas) x **15,25 €** (tarif en vigueur) **Montant ……………….€**

1. **FRAIS DIVERS** *(joindre les justificatifs) \**

Service transport public de voyageur (bus, métro, RER, vélo..) **Montant………………..€**

Stationnement : **Montant ……………….€**

Autoroute : **Montant…………………€**

**TOTAL GENERAL (4+5+6) =** **Montant…………………€**

*Je soussigné(e), Mme, Mr…………………...................................................................... , sollicite le remboursement*

*des frais d’un montant total de………………………………………………………………………………………….euros.*

|  |  |
| --- | --- |
| Le ……………………    Signature de l’agent, | VU pour accord, le …………………..  Signature Autorité Territoriale, |

\* Conformément à la délibération du 29 janvier 2015.

Mise à jour le 15 janvier 2022