



Demande (une par abonnement) 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)

Questionnaire à remplir par le praticien, l'interne ou l'étudiant et à retourner à la Direction des Affaires Médicales

Nom : Prénom :

Service :

Grade : Temps de travail :

Domicile habituel :

Rue :

Code postal / Commune :

Lieu de travail (si plusieurs lieux de travail, remplir autant de formulaires que de lieux de travail susceptibles d'ouvrir droit à la prise en charge partielle)

Rue :

Code postal / Commune :

Arrêt, station ou gare desservant :

Votre domicile :

Votre lieu de travail :

Moyens de transports utilisés (nature et identité du transporteur) :

1.
2.
3.

Nature du titre d'abonnement souscrit auprès du transporteur (en cas de plusieurs titres d'abonnements, remplir un formulaire pour chacun)

- abonnement multimodal à nombre de voyages illimité
- carte ou abonnement annuel à nombre de voyages illimité ou limité
- carte ou abonnement mensuel à nombre de voyages illimité ou limité
- carte ou abonnement hebdomadaire à nombre de voyages illimité ou limité
- carte ou abonnement à renouvellement tacite à nombre de voyages illimité ou limité (préciser la durée initiale renouvelable : _____)
- abonnement à un service public de location de vélos

Joindre l'original ou la photocopie du titre d'abonnement

Coût du titre d'abonnement souscrit : _____ Euros

Coût de l'offre la plus économique proposée par le transporteur pour cet abonnement : _____ Euros

Je déclare que :

- je ne perçois pas d'indemnité représentative de frais pour mes 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 déplacement temporaires,
- je ne loge pas à l'internat,
- je ne bénéficie pas d'un autre logement proche du CHU de Poitiers.

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 transports utilisés.

Fait à _____, le _____

Signature de l'agent :

Signature et cachet de l'employeur :