

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PARTIELLE DE TRANSPORT

Texte de référence : Décret n° 2010-676 du 21 juin 2010

Date de début de prise en charge souhaitée :

Identification de l'agent-e :

NOM (en capitales) :

Prénoms :

N° de sécurité sociale :

Clé :

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Entité d'affectation à l'ENS Paris-Saclay:

Domicile habituel :

N° de la voie:

Rue, avenue, boulevard :

Commune : Code Postal :

Cochez la ou les case(s) correspondante(s) à votre situation :

- ☐ Agent-e résidant dans la zone de compétence des transports parisiens
- ☐ Agent-e résidant hors de la zone de compétence des transports parisiens

Lieu de travail :

N° de la voie :

Rue, avenue, boulevard :

Commune : Code Postal :

Arrêt, station ou gare desservant :

Votre domicile :

Votre lieu de travail :

Moyen(s) de transport utilisé(s) :

☐ SNCF ☐ RER ☐ METRO ☐ AUTOBUS RATP

(Cochez la ou les case(s) correspondante(s) à votre situation)

☐ Navigo : ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Annuelle

☐ Imagine R

Je déclare que :

- Mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration
- Je ne suis pas logé-e par l'administration à proximité immédiate de mon lieu de travail
- Je ne bénéficie à aucun titre de la prise en charge des frais de transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail.
- Je ne bénéficie pas de l'aide relative au remboursement d'une partie de la carte « ImagineR » du conseil général du département.

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.

Date :

Date :

Signature du/de la responsable de l'entité
d'affectation

Signature de l'intéressé-e



Pièces à joindre :

- Photocopie de la carte Navigo recto-verso
- Justificatif original de chargement mensuel
- Attestation d'abonnement intégral (pour l'abonnement annuel)

FAUSSES DECLARATIONS : toute fausse déclaration est susceptible d'entraîner l'application des sanctions disciplinaires prévues au titre V du statut général des fonctionnaires, voire de sanctions pénales (loi n° 68-490 du 31 juillet 1968).