



Demande d'indemnisation kilométrique

Article D.1453-2-14 du code du travail - Arrêté du 25 octobre 2017
relatif aux modalités de remboursement et d'indemnisation liées à l'activité de défenseur syndical

Je soussigné(e) :

Mme M. Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Date de naissance : [][]/[][]/[][][][][][][] Pays de naissance : _____

Si France Département de naissance : [][][] Commune de naissance : _____

Adresse du domicile	Numéro : _____ Rue ou voie : _____ Complément d'adresse : _____ Code postal : [][][][][] Commune _____
Adresse du lieu habituel d'exercice de mon travail	Numéro : _____ Rue ou voie : _____ Complément d'adresse : _____ Code postal : [][][][][] Commune _____
Choix du canal de communication	<input type="checkbox"/> Courrier électronique : _____ J'accepte de recevoir par courrier électronique les documents transmis en cours d'instruction par l'administration. Aucun document papier ne sera adressé par voie postale. <input type="checkbox"/> Courrier postal. Je souhaite recevoir les documents transmis en cours d'instruction par l'administration par courrier postal.

Au moment où j'effectue ma mission, je suis inscrit(e) sur les listes des défenseurs syndicaux

de la région : _____ Par arrêté du : [][]/[][]/[][][][][][][]

J'atteste sur l'honneur m'être déplacé(e) aux audiences visées ci-après :

1^{er} semestre du 01/01 au 30/06 de l'année [][][][]

2nd semestre du 01/07 au 31/12 de l'année [][][][]

Lieu de départ (préciser : domicile ou travail)	Date d'audience	Jurisdiction préciser : CPH (conseil de prud'hommes) ou CA (cour d'appel)	Adresse de la juridiction
	[][][][][][][][][][][]		
	[][][][][][][][][][][]		
	[][][][][][][][][][][]		
	[][][][][][][][][][][]		
	[][][][][][][][][][][]		
	[][][][][][][][][][][]		



Demande d'indemnisation kilométrique

Article D.1453-2-14 du code du travail - Arrêté du 25 octobre 2017
relatif aux modalités de remboursement et d'indemnisation liées à l'activité de défenseur syndical

Lieu de départ (préciser : domicile ou travail)	Date d'audience	Juridiction (préciser : CPH ou CA)	Adresse de la juridiction
	<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"/>		

Je suis informé(e) des dispositions de l'article 441-7 du code pénal qui prévoit [...] qu'« est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui.»

J'atteste que pour l'ensemble des demandes de remboursement ci-dessus, je n'ai pu effectuer le déplacement en intégralité dans une ville dotée d'un service de transport régulier de voyageur et que le trajet parcouru est supérieur à 5 kilomètres.

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice n° 52243#01 associée au présent formulaire : <https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getNotice.do?cerfaNotice=52243&cerfaFormulaire=15854> .

Fait à : _____ le

Signature du défenseur syndical