



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DU PLEIN EMPLOI ET DE L'INSERTION

CONSEILLER DU SALARIÉ

Articles L 1232-4 à L1232-11 et D 1232-4 et suivants du code du travail
Demande de remboursement du salaire maintenu par l'employeur
Le remboursement est mensuel dans la limite de 15 heures par mois

Nom et Prénom du conseiller du salarié :

Mois et Année :

HORAIRES DE TRAVAIL DU CONSEILLER (*obligatoire*)

Deàet de..... à.....

En cas d'horaire variable, travail en équipe, indiquer l'horaire de travail le jour de l'absence pour assistance d'un salarié

EMPLOYEUR DU CONSEILLER DU SALARIE

Nom :
Adresse
Code postal
Commune

DUREE MENSUELLE DE L'ABSENCE : dans la limite de 15 heures par mois (*article L 1232-8 du code du travail*)

Durée totale de la ou les période(s) d'absence ayant donné lieu au maintien du salaire :.....heures..... (soit ... heures.....en centièmes)
M/Me s'est absenté(e) de l'entreprise de heures.....à.....heures,
(indiquer l'heure de départ/ l'heure de retour au poste de travail)

Montant du salaire maintenu (A) (calcul en heures et centièmes)	Montant des avantages maintenu (B)	Charges sociales correspondantes (C)	Montant total du salaire maintenu à rembourser (A+B+C)

Pièces justificatives à joindre :

- > La ou les attestations des salariés bénéficiaires de l'assistance (en 1 seul exemplaire)
- > La copie du bulletin de salaire du conseiller pour le mois concerné (en 1 seul exemplaire) + un RIB pour la 1^{ère} demande de paiement en cas de changement de RIB ou de demande de plus de 3 mois.

Signature du conseiller du salarié

Fait à Le
Cachet de l'employeur
Signature de l'employeur

(Partie réservée à l'administration)	
Certifié service fait VU et ARRETE le présent état à la somme de :	
A Dijon le : Certifié exact, PAR SUBDELEGATION DU PREFET DU DEPARTEMENT Le responsable de la DDETS de Côte d'Or	Le liquidateur