



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)

De .....à .....et 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<sup>ère</sup> 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