MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES FAMILLES

CONSEILLER DU SALARIÉ

Demande de remboursement du salaire maintenu par l'employeur
(Article L1232-11 du Code du travail)

NOM ET PRENOM du conseiller du salarié : **MOIS ET ANNEE :**

EMPLOYEUR DU CONSEILLER DU SALARIE :

Numéro SIRET :
Nom ou raison sociale de l'entreprise :
Adresse :
Personne à contacter :
Tél / Courriel :

HORAIRES DE TRAVAIL DU CONSEILLER : 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

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 …… en centièmes**)

Mr **……..** s'est absenté de l'entreprise le…….de……..à……..

(indiquer l'heure de dép**art/ l'heure de retour au poste de travail)**

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

Fait à **Le**

Signature du conseiller du salarié

Cachet de l'employeur
Signature de l'employeur

Arrête le présent état à la somme de **……**

Fait à ……, le ……..

Certifié exact
(emplacement réservé à l'administration)

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 demande de paiement
Les parties jaunes seront complétées par l'administration

Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et des Solidarités de Côte d'or
Pôle travail et entreprises – Unité Renseignement du Public et d'Appui à l'Inspection du Travail
Cité administrative Dampierre-6 rue Chancelier de l'Hospital - BP 1550 – 21034 DIJON – Téléphone : 03 80 68 30 00