******

|  |
| --- |
| **Demande de remboursement de frais de conseiller du salarié**Conformément à l’a[rticle L 1232-10](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006901008) ainsi qu’aux articles D 1232-7 et D 1232-8 du Code du travail |

Nom, Prénom et adresse du conseiller

|  |
| --- |
|  |

Moyen de transport :

* Véhicule personnel > Nombre de CV : …….
* Autre (préciser) …………………………………………………………………………….............................

|  |  |
| --- | --- |
| Partie à remplir par le conseiller | Administration |
| Salariés assistés | Lieu de l’entretien | Date | Kmaller-retour | Prise d’un repas (\*) | Montant du déplacement |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Total |  |  |  |

Le conseiller du salarié déclare n’avoir reçu aucune avance pour les sommes certifiées en objet.

Signature du conseiller du salarié

Ces informations sont certifiées exactes.

Fait à ………………………………………………….

Le ……. / ……. / …….…….

Ce formulaire est à retourner, complété et accompagné des pièces demandées et des attestations d’assistance du mois en question, à la DEETS de Mayotte