MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

MINISTÈRE DU TRAVAIL

cerfa
15854*03

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	☐ 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. ☐ 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 :

☐ 1er 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**	**Juridiction** préciser : CPH (conseil de prud'hommes) ou CA (cour d'appel)	**Adresse de la juridiction**
	|_|_|_|_|_|_|_|_|		
	|_|_|_|_|_|_|_|_|		
	|_|_|_|_|_|_|_|_|		
	|_|_|_|_|_|_|_|_|		
	|_|_|_|_|_|_|_|_|		
	|_|_|_|_|_|_|_|_|		

MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

MINISTÈRE DU TRAVAIL

cerfa
15854*03

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**
	|__/__/____|		
	|__/__/____|		
	|__/__/____|		
	|__/__/____|		
	|__/__/____|		
	|__/__/____|		
	|__/__/____|		
	|__/__/____|		
	|__/__/____|		

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 originairement 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 pour l'ensemble des demandes de remboursement ci-dessus que chacun des déplacements effectués couvre une distance supérieure à cinq kilomètres ou qu'il n'a pas pu être effectué en intégralité dans une ville dotée d'un service de transport régulier de voyageur.

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice n° 52243#03 associée au présent formulaire : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/getNotice.do?cerfaNotice=52243&cerfaFormulaire=15854.

Fait à : _____ le __/__/____

Signature du défenseur syndical