

accompagnant le formulaire Cerfa n°15855*02
de demande d'indemnisation pour l'exercice des fonctions d'un défenseur syndical rémunéré à la commission

OBJET DU FORMULAIRE

Ce formulaire est destiné au défenseur syndical rémunéré uniquement à la commission.

Il remplit ce formulaire, l'imprime et le signe.

L'original de ce formulaire est à transmettre accompagné des pièces justificatives pour chaque demande de remboursement à l'Agence de services et de paiement (ASP) dont il dépend (cf tableau ci-dessous).

Le défenseur syndical tient à la disposition de l'ASP tout document complémentaire nécessaire au traitement de sa demande.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE À CETTE DEMANDE

Pour une première demande ou en cas de changement de situation :

- Copie recto-verso de la carte nationale d'identité, du passeport ou du titre de séjour en cours de validité,
- Relevé d'identité bancaire ou postal du bénéficiaire,

Pour toute demande :

- Copie du dernier avis d'imposition ou de la déclaration de revenus,
- Attestation(s) de revenus délivrée(s) par votre ou vos employeur(s),
- Attestation(s) d'exercice de la mission signée(s) du défenseur syndical et du (ou des) bénéficiaire(s) de la mission en annexe de la présente notice.

accompagnant le formulaire Cerfa n°15855*02
de demande d'indemnisation pour l'exercice des fonctions d'un défenseur syndical rémunéré à la commission

Liste des directions régionales (DR) de l'Agence de services et de paiement (ASP) compétentes

RÉGIONS	DIRECTION RÉGIONALE ASP COMPÉTENTE
<p>Auvergne-Rhône-Alpes Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse</p>	<p>DR ASP CORSE-PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR Dispositif Défenseurs Syndicaux 7b, route de Galice Immeuble le Mirabeau 13098 AIX-EN-PROVENCE CEDEX 2 courriel : aix-defenseurs-syndicaux@asp-public.fr</p>
<p>Bourgogne-Franche-Comté Bretagne Centre-Val de Loire Grand Est Hauts-de-France Île-de-France Normandie Nouvelle-Aquitaine Occitanie Pays de la Loire</p>	<p>DR ASP NOUVELLE-AQUITAINE Dispositif Défenseurs Syndicaux 91 rue Nuyens CS 81811 33072 BORDEAUX CEDEX courriel : bordeaux-defenseurs-syndicaux@asp-public.fr</p>
<p>Guadeloupe Guyane Martinique</p>	<p>DR ASP GUYANE Dispositif Défenseurs Syndicaux Parc Rébard Avenue du Général François Virgile 97300 CAYENNE courriel : guyane-defenseurs-syndicaux@asp-public.fr</p>
<p>La Réunion Mayotte</p>	<p>DR ASP LA RÉUNION Dispositif Défenseurs Syndicaux 2 rue Lory Les Bas CS 21003 97497 SAINT-CLOTILDE CEDEX courriel : lareunion-defenseurs-syndicaux@asp-public.fr</p>

MINISTÈRE DU TRAVAIL

Attestation de la personne ayant bénéficié de l'assistance du défenseur syndical

La présente attestation est destinée à permettre au défenseur syndical d'être indemnisé pour l'assistance qu'il vous a apportée.



Je soussigné(e) : _____

Atteste sur l'honneur que :

Mme M.

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

M'a assisté ou m'a représenté au cours du mois de : [] / [] (mois/année)

dans le cadre de la procédure devant le conseil de prud'hommes de :

dans le cadre de la procédure devant la cour d'appel de :

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.»

Fait à : _____ le [] / [] / []

Signature du défenseur syndical

Signature de la personne assistée