

DEMANDE DE FORFAIT MOBILITES DURABLES (FDM)

Décret n° 2020-1547 du 9 décembre 2020 modifié

Délibération DEL-2023-03/ n°14 du 29 mars 2023

A transmettre à remplacement@cdg17.fr au plus tard le 31 décembre de l'année au titre duquel le FDM est demandé

- RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM DE FAMILLE (de naissance) en majuscules	.....	NOM D'USAGE en majuscules	.....
PRÉNOMS	.....		
Intitulé de l'emploi	.....	Fonction ou discipline (si enseignement artistique)	.....
Adresse personnelle	.....		
Code postal	|_|_|_|_|	VILLE	.....

- VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

Contractuel	Durée du contrat : du __/__/____ au __/__/____		
Départ ou arrivée durant l'année	☐ non ☐ arrivée ☐ départ	Date d'arrivée ou de départ au cours de l'année	__/__/____
Quotité de temps de travail hebdomadaire	☐ A temps complet ☐ A temps non complet ☐ À temps partiel au taux horaire de ☐ 50 % ☐ 60 % ☐ 70 % ☐ 80 % ☐ 90 % d'un temps plein du __/__/____ au __/__/____		
Télétravailleur	☐ du __/__/____ au __/__/____ pour un nombre de _____ jours par semaine		
Affectation (obligatoire) : Collectivité, établissement public, service	.....		
Adresse	.....		
Code postal	|_|_|_|_|	VILLE	.....
Exercez-vous une activité auprès d'un autre ou plusieurs employeurs publics ? OUI ☐ NON ☐			
Si oui, le(s) nom(s) de(s) l'employeur(s) public(s)	.....		
Adresse :	.....		
Code postal	|_|_|_|_|	VILLE	.....
Nombre d'heures travaillées auprès de cet/ces employeur(s)	--- HEURES	Nombre de jours déclarés au titre du forfait auprès de cet/ces employeur(s)	--- JOURS

Pour les agents effectuant du co-voiturage (conducteur ou passager), le présent formulaire doit obligatoirement être accompagné d'un justificatif : relevé de facture (passager) ou de paiement (conducteur) d'une plateforme de covoiturage ou attestation sur l'honneur du covoitreur (covoiturage hors plateforme) via cet outil : <https://attestation.covoiturage.beta.gouv.fr/salarie-secteur-public> ou attestation du registre de preuve de covoiturage ou attestation sur l'honneur de déplacement en vélo : <https://attestation-velo.fr/salarie-secteur-public>.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont utilisées pour assurer le paiement de la mission d'un agent mis à disposition par le service de Remplacement du Centre de Gestion de la fonction publique territoriale de la Charente-Maritime. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : gestionnaires du service de remplacement.

Les données sont conservées pendant les 10 ans qui suivent l'établissement du bulletin de salaire.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant les rectifier demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement des données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : dpd@cdg17.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

A transmettre à : remplacement@cdg17.fr

J'atteste sur l'honneur utiliser à l'occasion de mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail, le ou les moyens de transport suivants pour le nombre de jours indiqué : *choisir votre option en fonction de votre situation*

☐ J'ai perçu l'indemnité de remboursement des frais de transport domicile-travail du 01/01 au 31/12/____

☐ Je n'ai pas perçu l'indemnité de remboursement des frais de transport domicile-travail du 01/01 au 31/12/____

(indiquer le nombre de jours de déplacements réalisés durant l'année au titre de laquelle la demande est produite)

	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL
Vélo	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Covoiturage	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Autre engin personnel	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Service de mobilité partagée	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
Nombre <u>total</u> de jours de déplacements réalisés ouvrant droit au bénéfice du FMD													___ JRS

Je déclare ne pas me trouver dans les exclusions visées par le décret :

- ☐ Ne pas bénéficier de la prise en charge d'un abonnement à un service public de location de vélos pour les déplacements déclarés ci-dessus
- ☐ Ne pas percevoir d'indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon(mes) lieu(x) de travail
- ☐ Ne pas bénéficier d'un logement de fonction sur le lieu de travail ou d'un véhicule de fonction
- ☐ Ne pas bénéficier d'un transport gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail (transport collectif gratuit ou transport gratuit par l'employeur)
- ☐ Ne pas bénéficier pour les mêmes trajets d'une prise en charge au titre des frais de déplacements temporaires

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés au Centre de Gestion 17, à l'adresse mail : remplacement@cdg17.fr.

Je m'engage à fournir tout justificatif réclamé par le Centre de Gestion 17 à tout moment de l'année. Le CDG 17 se réserve le droit de demander toutes informations complémentaires dont elle aurait besoin dans le cadre des contrôles effectués.

Fait à	_____	Le	__ / __ / ____
Signature de l'agent (obligatoire)			

Validation service gestionnaire	
---------------------------------	--

2/2