MINISTÈRE DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

MINISTÈRE DU TRAVAIL

cerfa
15855*03

Demande d'indemnisation pour l'exercice des fonctions d'un défenseur syndical rémunéré à la commission

Articles L.1453-5, L.1453-6 et D.1453-12-2 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** : _____

☐ *Il s'agit d'une première demande ou d'un changement de situation ou de coordonnées*

Adresse du domicile	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 que je suis rémunéré(e) uniquement à la commission et sollicite l'indemnisation horaire, prévue à l'article D.1453-2-12 dans la limite de dix heures par mois, égale à 1 / 1 900 de mes revenus professionnels déclarés à l'administration fiscale.

A - Durée totale de la mission effectuée au cours du mois de : **/** (mois/année)

A
|
nombre d'heures

B - Montant des commissions déclarées à l'administration fiscale sur une année :
(Montant figurant dans le dernier avis d'imposition, la dernière déclaration de revenus, la (les) dernière(s) attestation(s) de revenus ou montant par mois multiplié par 12)

B
|_|_|_|_|_|_|_| €

C - Montant de la vacation horaire (B/1900) :

C
€

D - Montant de l'indemnisation demandée : **(A x C) =**

D
0 €

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. »

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice n° 52244#03 associée au présent formulaire : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/getNotice.do?cerfaNotice=52244&cerfaFormulaire=15855.

Fait à : _____ le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature du défenseur syndical