

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

TREMLIN POUR LES SALARIÉS

fongecif  bretagne

ATTESTATION D'ABSENCE AU POSTE DE TRAVAIL

À compléter par l'employeur en fin de prestation

1 A, allée Ermengarde d'Anjou - CS 14440 • 35044 RENNES Cedex • Tél. : 02 99 29 72 52 • Fax : 02 99 29 72 40

> DOSSIER

N°

CONGÉ EXAMEN

CONGÉ VAE

Je, soussigné
(Nom et prénom du signataire représentant l'employeur)

– Atteste que :

> LE SALARIÉ

Nom

Prénom

a été absent(e) de son poste de travail aux dates et pour les heures indiquées ci-dessous :

DATES	NOMBRE D'HEURES D'ABSENCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTAL (a)

Le nombre d'heures d'absence ne peut excéder le nombre d'heures pris en charge par le Fongecif Bretagne et notifié sur le courrier de décision de financement

– Demande le remboursement de heures d'absence (a)
au taux horaire de € (b) + charges patronales % (c) = € (d)
(selon la notification de financement)
Soit un total de € (a)*(d)

– Certifie l'exactitude des mentions portées ci-dessus

OBLIGATOIRES : Date, Cachet et signature

Réservé au FONGECIF

Date

Gestionnaire