

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL DES TITRES DE TRANSPORT**

**Demande de remboursement partiel des titres de transport  
afférents au trajet "domicile-travail"  
Fonctionnaire et agents non titulaires  
décret n° 2010-676 du 21 juin 2010  
décret 2023-812 du 21 aout 2023**

**QUESTIONNAIRE A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL**

MATRICULE :

NOM :

Prénom :

Fonction :

Affectation :

TEMPS DE TRAVAIL

T. Plein

T. Partiel (préciser le pourcentage) \_\_\_\_\_ %

Adresse principale :

Moyen(s) de transport utilisé(s) (nature et identité du transporteur)

1 -

2 -

3 -

**DESIGNATION DU TITRE DE TRANSPORT SOUSCRIT**

Carte ou abonnement annuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyage illimité du ..... au .....

Carte ou abonnement mensuel à nombre de voyage illimité

Carte ou abonnement mensuel ou à renouvellement tacite à nombre de voyage limité

Carte ou abonnement hebdomadaire à nombre de voyage illimité

Abonnement à un service public de location de vélo

 Pour rappel : Les tickets journaliers ne sont pas remboursables

Coût de l'abonnement : \_\_\_\_\_ €

Je déclare que :

- mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration
- je ne suis pas logé par l'administration à proximité immédiate de mon lieu de travail

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés.

Fait à

signature du professionnel

Le

**Pièces à fournir : le présent formulaire et un justificatif nominatif précisant la durée et le prix de l'abonnement**

Envoi à [paie-medicale@chu-angers.fr](mailto:paie-medicale@chu-angers.fr) - personnel médical et pharmaceutique (dont internes et étudiants)

ou [paie-non-medicale@chu-angers.fr](mailto:paie-non-medicale@chu-angers.fr) - personnel non médical