Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL

# MINISTÈRE DU TRAVAIL

cerfa 15854*02

## Demande d'indemnisation kilométrique

Article D.1453-2-14 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** : _____

| | |
|---|---|
| **Adresse du domicile** | Numéro : _____ Rue ou voie : _____<br>Complément d'adresse : _____<br>Code postal : |_|_|_|_|_| Commune _____ |
| **Adresse du lieu habituel d'exercice de mon travail** | Numéro : _____ Rue ou voie : _____<br>Complément d'adresse : _____<br>Code postal : |_|_|_|_|_| Commune _____ |
| **Choix du canal de communication** | ☐ Courrier électronique : _____<br>J'accepte de recevoir par courrier électronique les documents transmis en cours d'instruction par l'administration.<br>Aucun document papier ne sera adressé par voie postale.<br>☐ Courrier postal.<br>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** m'être déplacé(e) aux audiences visées ci-après :

☐ 1er semestre du 01/01 au 30/06 de l'année

☐ 2nd semestre du 01/07 au 31/12 de l'année

| **Lieu de départ** (préciser : domicile ou travail) | **Date d'audience** | **Juridiction** préciser : CPH (conseil de prud'hommes) ou CA (cour d'appel) | **Adresse de la juridiction** |
|---|---|---|---|
| | |_|_|_|_|_|_|_|_| | | |
| | |_|_|_|_|_|_|_|_| | | |
| | |_|_|_|_|_|_|_|_| | | |
| | |_|_|_|_|_|_|_|_| | | |
| | |_|_|_|_|_|_|_|_| | | |
| | |_|_|_|_|_|_|_|_| | | |

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL

# MINISTÈRE DU TRAVAIL

cerfa
15854*02

## Demande d'indemnisation kilométrique

Article D.1453-2-14 du code du travail - Arrêté du 25 octobre 2017
relatif aux modalités de remboursement et d'indemnisation liées à l'activité de défenseur syndical

| **Lieu de départ** (préciser : domicile ou travail) | **Date d'audience** | **Juridiction** (préciser : CPH ou CA) | **Adresse de la juridiction** |
|---|---|---|---|
| | |__/__/____| | | |
| | |__/__/____| | | |
| | |__/__/____| | | |
| | |__/__/____| | | |
| | |__/__/____| | | |
| | |__/__/____| | | |
| | |__/__/____| | | |
| | |__/__/____| | | |
| | |__/__/____| | | |

**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. »

**J'atteste** pour l'ensemble des demandes de remboursement ci-dessus que chacun des déplacements effectués couvre une distance supérieure à cinq kilomètres ou qu'il n'a pas pu être effectué en intégralité dans une ville dotée d'un service de transport régulier de voyageur.

**Je reconnais avoir pris connaissance de la notice n° 52243#02 associée au présent formulaire : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getNotice.do?cerfaNotice=52243&cerfaFormulaire=15854 .**

Fait à : _____ le __/__/____

Signature du défenseur syndical