**COLLECTIVITE**

**Décharges d’activité de service :** (1er, 2ème, 3ème ou 4ème)Trimestre 2025

**DECOMPTE du salaire versé à** : Nom Prénom

Grade :…………………I.B. : I.M. : I.M. bonifié : ………………………………………

Taux temps partiel : % ; Temps non complet (DHS) : …….. ; Temps complet : ……… (Ex:35/35ème)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOIS** du trimestre concerné | ………………… | ……………… | …………….. |
| **Nombre d'heures de DAS/Mois**  | ………..………. | ……………… | ……………… |
| **Nombre d’heures de DAS non effectuées/Mois (congés maladie…)** |  |  |  |
| TRAITEMENT DE BASE (*soumis à retenues)* |  |  |  |  |
| **PRIMES ET INDEMNITES** |  |  |  |  |
| SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT |  |   |  |  |
| INDEMNITE DE RESIDENCE |  |  |  |  |
| SECURITE SOCIALE (totalité) | 14.43 % |  |  |  |
| FNAL (moins de 50 salariés) | 0,10 % |  |  |  |
| FNAL (50 salariés et plus) | 0.50 % |  |  |  |
| CNRACL | 34.65 % |  |  |  |
| RAFP | 5,00 % |  |  |  |
| ATIACL | 0,40 % |  |  |  |
| TRANSPORT (le cas échéant, taux) | …. % |  |  |  |
| CDG | 1,40 % |  |  |  |
| CNFPT | 0,90 % |  |  |  |
| CNFPT Majoration | 0.10 % |  |  |  |
| MEDECINE DU TRAVAIL :- conventionnement avec le CDG 56 (72 €)- conventionnement avec Lorient Agglomération (74 €) | 6.00 €6.17 € |  |  |  |
| **TOTAL après déduction des DAS non effectuées** |  |  |  |

A , le ,

Le Maire, Le Président,

(*Réservé au CDG56*) / Joindre l'autorisation d'absence signée de l’autorité territoriale + 3 bulletins de salaire + RIB (si premier remboursement)

Somme à rembourser : ………………€ x …………………… h = ………………………..€.

VU et ARRETE le présent Etat, à la somme de ……………………

A VANNES, le …………………………………,

Pour La Présidente et par délégation,

Le Directeur Général,

Philippe CRUARD