

FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

Référence : PS0110
Téléphone : 05 56 11 33 70
feh@caissedesdepots.fr

REMBOURSEMENT
DE L'INDEMNITE EXCEPTIONNELLE DE MOBILITE
(Articles D444-11 à D444-16 du Code général de la fonction publique)

MOB

ÉTABLISSEMENT DECLARANT relevant d'un des points 3°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 5 du Code général de la fonction publique

Dénomination : _____ N° Siret : _____

NOM	PRÉNOM	NIR	SITUATION FAMILIALE			STATUT		DÉMÉNAGEMENT		INDEMNITÉ EXCEPTIONNELLE	
			M	C	Nbre d'enfants	T	C	Avec	Sans	Montant en euros	Date de versement

NIR : Renseigner le NIR complet en incluant la clé

SITUATION FAMILIALE : Cocher la case M si l'agent est marié ou C si l'agent est célibataire

NOMBRE D'ENFANTS : Indiquer le nombre d'enfants à charge au sens de la législation sur les prestations familiales

STATUT : Indiquer T pour un agent titulaire ou stagiaire, ou C pour un agent contractuel

INDEMNITE EXCEPTIONNELLE : Indiquer ici le montant attribué à l'agent en application de l'arrêté du 20 avril 2021 et la date de versement. Le remboursement de l'indemnité est demandé par l'établissement concerné par l'opération de modernisation, qui a versé l'indemnité à l'agent.

JOINDRE : - La décision d'approbation du directeur général de l'ARS ou la décision d'agrément du préfet de département prévus à l'article D444-12 du Code général de la fonction publique,
-Les documents nécessaires pour déterminer le montant de la prestation,
-La liste des agents avec leur adresse (dans le cas d'un déménagement, l'ancienne et la nouvelle adresse).

Le directeur de l'établissement certifie les informations mentionnées, conformes aux sommes ordonnancées au comptable assignataire.

Etabli le : / /

Signature et cachet de l'établissement :