**** ATTESTATION MENSUELLE DE DÉPLACEMENTS

POUR LES PERSONNELS ITINÉRANTS

H**ors mission ponctuelle et Enseignants en service partagé**

*Le présent document atteste de l'effectivité des déplacements en conformité avec l'emploi du temps /Planning de l'agent.*

*Cette attestation doit correspondre à la saisie effectuée dans l'application CHORUS-DT.*

*Dûment complétée, elle sera transmise au Bureau des DT dans le mois suivant le déplacement.*

***Réf. : Décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 modifié – Arrêté du 20 décembre 2013 modifié***

**NOVEMBRE 2021**

Nom / Prénom : …................................................................ Corps :................................................................…

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LIEUX DE DÉPLACEMENT DE L'AGENT** | | | | | | | | | | | | |
| **Communes à préciser** | | | | | | | | | | | | |
| **Résidence personnelle** | | | | **Résidence administrative** | | | | **Secteur d'intervention** | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | |
| **NOV**  **2021** | | **Cadre réservé à l'agent** | | | | | **Cadre réservé à la DAGL** | | | | | |
| **Itinéraire** | | | | |
| **DÉPART** | | | **DESTINATION** | | Conforme avec la saisie sur CHORUS | | | Conforme avec l'emploi du temps | | Nombre de repas à attribuer |
| **Commune** | **Heure**  **départ** | | **Commune** | **Heure retour** |
|  |  | |  |  | oui | | non | oui | non |
| LUNDI | 8 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| MARDI | 9 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| MERCREDI | 10 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| JEUDI | 11 | FERIE |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| VENDREDI | 12 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| LUNDI | 15 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| MARDI | 16 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| MERCREDI | 17 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| JEUDI | 18 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| VENDREDI | 19 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| LUNDI | 22 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| MARDI | 23 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| MERCREDI | 24 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| JEUDI | 25 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| VENDREDI | 26 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| LUNDI | 29 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| MARDI | 30 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |

L'agent :

J'atteste de l'exactitude des éléments renseignés

Fait à ………............…..le………….........

Signature

L'autorité compétente chargée d'attester le service fait :

Fait à …...………….……le…………...........

Cachet et signature

Le Bureau des déplacements temporaires

Date de traitement:

Signature :