

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES TITRES DE TRANSPORT

## PERSONNELS MEDICAUX

- 1<sup>ère</sup> demande  
 renouvellement

**Toute demande doit être accompagnée de  
la demande + justificatif TBM +  
photocopie de la carte de transport**

Je soussigné(e),

Nom patronymique, Prénom.....

Nom d'Epouse .....

Code Agent..... Fonctions.....

Etablissement (Site).....

Service .....

Adresse actuelle .....

Certifie utiliser les transports en commun pour les déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail et avoir souscrit un abonnement nominatif :

- SNCF  
 Transport Public Inter Urbain  
 Transport Public Urbain  
 Location de vélos

Type d'abonnement :                       annuel                       mensuel                       hebdomadaire

Sollicite, au titre de l'année en cours, la prise en charge dans les conditions fixées par le décret n° 2010-676 du 21 juin 2010 (applicable à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010).

Je joins à ma demande les justificatifs : titre de transport ou carte d'abonné et attestation de paiement.

A..... le .....

Signature du demandeur