**FORMULAIRE POUR LE REMBOURSEMENT DE LA RENUMERATION PAYEE AU TRAVAILLEUR DANS LE CADRE DU CONGE POLITIQUE**

**DECLARATION DE CREANCE**
Je soussigné ……………………...……………………………………………………………………………..... né à .................................................................................... le ..................................................................
domicilié à …………………………………………………………………………………………………………. carte d'identité n° ……………………………………………... délivrée à …………………………………….. profession ...............................................................................................................................................
agissant en qualité de …………………………..………………….. *(employeur, préposé d'un  employeur)*
N° d'O.N.S.S. ..........................................................................................................................................

déclare qu'il m'est du OU déclare qu'il est du à ……………………………………………………..........(1),
en application de la loi du 19 juillet 1976 instituant un congé pour l'exercice d'un mandat politique, pour le .............. trimestre civil de l'année ...................... la somme de ……………………………… ………………………………..………………..... EUR *(en toutes lettres)* suivant le décompte ci-après:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom du travailleur | Date et nombre d'heures de l'absence | Rémunération brute journalière[[1]](#footnote-1)  | Montant de la rémunération à rembourser | Montant des cotisations patronales  |
| Ouvrier  | Employé |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

La somme ci-dessus est à verser au compte bancaire n° …………………………........ ouvert au nom de ...................................................................... OU La somme ci-dessus est à verser au compte bancaire n° ……………………………………..... de..................................................... au profit du compte n° …………………………………………....... ouvert au nom de ............................................... OU La somme ci-dessus est à payer par assignation postale à l'adresse suivante ................................ ……………………………………………………………………………………………………………………(1)

Je certifie que le travailleur repris ci-dessus a fourni des prestations de travail sous mon autorité et avoir déboursé en totalité les sommes portées en compte. J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Date et signature de l'employeur,

(1) Biffer les mentions inutiles

1. Eventuellement limitée au plafond AMI, secteur indemnités. [↑](#footnote-ref-1)