MINISTÈRE
DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE L'INSERTION

Liberté
Égalité
Fraternité

CONSEILLER DU SALARIE

Articles L 1232-4, L1232-11et D 1232-4 et suivants du Code du travail

Demande de remboursement d'un salaire maintenu par un employeur

Mois de …… 202…

Nom et prénoms ou dénomination de l'entreprise
N° SIRET :
Adresse de l'établissement employeur

Nom du conseiller	Durée totale de la ou des période(s) d'absence ayant donné lieu au maintien du salaire
	Heures (entières)

Montant du salaire maintenus (A)	Montant des avantages maintenus (B)	Charges sociales correspondantes (C)
€	€	€

Pièces justificatives à joindre :
• **La ou les attestations des salariés bénéficiaires de l'assistance,** • **La copie du bulletin de salaire du conseiller pour le mois concer** • **Le RIB de votre société.**

Montant total du salaire maintenu à rembourser A+B+C
€

Date :

Signature du conseiller du salarié

Signature de l'employeur

Arrête le présent état à la somme de :

Certifié exact le :

Cadre réservé à l'administration

Formulaire à adresser à : DDETS 13 – DRUILT – 55 boulevard Périer – 13415 MARSEILLE cedex 20