Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL

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
Adresse de l'établissement employeur

Nom du conseiller

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

Montant du salaire maintenu (A)
€

Montant des avantages maintenus (B)
€

Charges sociales correspondantes (C)
€

Pièces justificatives à joindre :

- La copie du bulletin de salaire du conseiller pour le mois concerné.
- Copie d'attestation des salariés bénéficiaires de l'assistance
- Le RIB de l'employeur

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

Signature du conseiller du salarié

Signature de l'employeur

Formulaire à adresser à la DDETS06 par mail : ***ddets-section-centrale-du-travail@alpes-maritimes.gouv.fr***

Uniquement en cas de difficulté Tel : 04 93 72 76 02