MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS
Liberté
Égalité
Fraternité

CONSEILLER DU SALARIE

Articles L.1232-4, L.1232-11 et D.1232-4 et suivants du Code du Travail

Demande de remboursement d'un salaire maintenu par un employeur

Mois de ..... 20.....

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 du salaire maintenu (B)	Charges sociales correspondantes (C)
_____ €	_____ €	_____ €

Pièces justificatives à joindre :
• La copie du bulletin de salaire du conseiller pour le mois concerné
• La ou les attestations 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 DDETSPP des Alpes de Haute Provence
Centre Administratif Romieu – Rue Pasteur – 04000 DIGNE LES BAINS