|  |  |
| --- | --- |
| logoacdijon | Rectorat de Dijon**Division des affaires financières****DAF 7 - Action sociale** |
| **ACTION SOCIALE D’INITIATIVE ACADÉMIQUE****Exercice 2024**

|  |
| --- |
| **Aide compensatoire à l’éloignement professionnel****(faire une demande pour chaque période)** |

**A adresser par mail :** **daf7-depot@ac-dijon.fr** **(le plus rapidement possible et au plus tard à la date limite fixée)**

|  |  |
| --- | --- |
| Factures de janvier à marsFactures d’avril à juinFactures de septembre à octobreFactures de novembre à décembre | **= 30 mai 2024****= 30 juillet 2024****= 27 novembre 2024****= 30 janvier 2025** |

**Toute demande incomplète sera rejetée**

|  |
| --- |
| **DEMANDEUR** |
| **Nom d’usage et Prénom** |   | **Né(e) le :**   |
| **Grade**  |   |
| **Adresse familiale**  |   |
| **Etablissement d’exercice**  |   |
| **IBAN : FR**  ∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟ |

 |

**Vous êtes :** [ ]  non titulaire [ ]  titulaire nommé à titre provisoire [ ]  titulaire nommé à titre définitif (si oui)

* Distance domicile / travail du conjoint : Km
* Vous avez un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans en garde alternée [ ]  oui [ ]  non

*La distance de référence retenue est celle fournie,* ***de ville à ville ou de commune à commune****, par le site web* [*mappy.com*](http://fr.mappy.com/) ***itinéraire le plus court à la date de l’étude de la demande (Les lieux-dits ne sont pas pris en compte)***

**Combien de nuits restez-vous sur place ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Période sollicitée :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  janvier-mars | [ ]  avril-juin | [ ]  septembre-octobre | [ ]  novembre décembre |

**Coût du 2ème hébergement pour la période concernée** : **Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.** €

***Pièces à fournir obligatoirement :***

- arrêté d'affectation ou contrat de travail

- **3** factures ou quittances de loyer du 2ème hébergement de la période concernée, **au nom du demandeur**

- attestation d’assurance habitation de la résidence familiale au **nom du demandeur**

**Pour les agents nommés à titre définitif** :

- attestation de l’employeur du conjoint justifiant le lieu de travail ou justificatif de la garde alternée

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

Je soussigné(e) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., certifie l’exactitude des renseignements fournis.

Fait à Le Signature

|  |
| --- |
| **PARTIE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION** |
| La présente demande : [ ]  correspond [ ]  ne correspond pas aux critères fixés par l’arrêté rectoral. Je soussigné, recteur de l'Académie de Dijon, décide donc d’octroyer une aide d’un montant de ……………… €  |
| ***Académie de Dijon*** Prog : Centre de coût : RECSAXO021N° pièce : | Pour le recteur et par délégation,La cheffe de division des affaires financièresMagali KHATRI |