|  |  |
| --- | --- |
| 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**](mailto:daf7-depot@ac-dijon.fr) **(le plus rapidement possible et au plus tard à la date limite fixée)**   |  |  | | --- | --- | | Factures de janvier à mars  Factures d’avril à juin  Factures de septembre à octobre  Factures 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 : RECSAXO021  N° pièce : | Pour le recteur et par délégation,  La cheffe de division des affaires financières  Magali KHATRI |