

FORMULAIRE D'INDEMNITÉ DE DÉPLACEMENT NATIONAL

Nom du demandeur: _____ Fiche de salaire N°: _____

Titre du poste: _____ Poste N° _____

Emploi (*Permanent, temporaire, etc.*): _____

Lieu de travail habituel: _____

1. OBJET DU DÉPLACEMENT (Veuillez cocher la case appropriée)	
Voyage de travail	
Atelier/Formation	
Transfert temporaire	
Autres (Veuillez préciser)	

2. FRAIS DE VOYAGE ET D'HÉBERGEMENT						
Lieu à visiter	Arrivée		Départ		Type d'hébergement	Frais
	Date	Heure	Date	Heure		
					MONTANT TOTAL (VT)	

Je certifie qu'à ma connaissance les renseignements fournis ci-dessus sont corrects et vrais. Au cas où ils seront perçus comme incorrects intentionnellement ou trompeurs, je pourrai faire l'objet de mesures disciplinaires pour avoir enfreint l'article 34 de la Loi N°11 de 1998 relative à la Fonction Publique. Je m'engage à rembourser toute somme qui me sera payé en raison de faux renseignements ou informations trompeuses.

Signature de l'agent en voyage : _____

Date: _____

Je certifie que l'agent ci-dessus se déplacera dans le cadre de ses fonctions, suivre une formation sur le tas/ formation au lieu indiqué, aux dates et heures précisées dans les renseignements ci-dessus. Il se en service dans son déplacement loin de son lieu habituel de travail.

Chef de Service:

(Imprimer le nom)

Date: _____