|  |  |
| --- | --- |
| logoacdijon | Rectorat de Dijon  **Division des affaires financières**  **DAF 4 – B - 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 : daf4-as-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** | Cliquer ici **Né(e) le** Cliquer ici |
| doit correspondre à celui notifié sur le dossier de prestations 2023 | |
| **Adresse familiale** | Cliquer ici |
| **Etablissement d’exercice** | Cliquer ici |
| **Grade** | Cliquer ici |
| **IBAN : FR76** Cliquer ici | |

**Distance domicile / travail du conjoint** Cliquer ici Km

*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 ?** Cliquer ici

**Combien d’aller/retour effectuez-vous par semaine** ?Cliquer ici

Période sollicitée :

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

**Coût du 2ème hébergement pour la période concernée** : Cliquer ici €

***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) Cliquer ici, certifie l’exactitude des renseignements fournis.

Fait à Cliquer ici, le Cliquer ici 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 Cliquer ici € | |
| ***Académie de Dijon***  Prog : Cliquer ici  Centre de coût : RECSAXO021  N° pièce : Cliquer ici | Pour le recteur et par délégation,  La cheffe de division des affaires financières  Magali KHATRI |