|  |  |
| --- | --- |
| 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 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** | 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 iciCentre de coût : RECSAXO021N° pièce : Cliquer ici | Pour le recteur et par délégation,La cheffe de division des affaires financièresMagali KHATRI |