



**CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION
PUBLIQUE TERRITORIALE DE VAUCLUSE**

80, rue Marcel Demouque
AGROPARC - CS 60508
84908 AVIGNON Cedex 9
Tél. 04 32 44 89 30

Avignon, le 5 mai 2020

Le Président

A

Mesdames et Messieurs les Maires
et Présidents des collectivités et établissements
publics affiliés au Centre de gestion de Vaucluse

PÔLE CARRIÈRES/JURIDIQUE / DIRECTION GENERALE

Affaire suivie par : Laure DESCHAMPS / Stéphanie FOUILLER
04 32 44 89 31 / 04 32 44 89 40
l.deschamps@cdg84.fr / directiongenerale@cdg84.fr

Circulaire n°20-30

Objet : Modalités de remboursement des DAS pendant la période d'état d'urgence sanitaire
P.J. : 1

Mesdames et Messieurs les Maires et Présidents,

En application du décret n°85-397 du 3 avril 1985 modifié et dans le cadre de la prise en charge des **décharges d'activité de service (DAS)** pour exercice d'une activité syndicale par le Centre de gestion, je vous demanderai de bien vouloir **joindre à votre dossier de demande de remboursement, pour la période d'état d'urgence sanitaire** :

- **Pour les agents bénéficiaires de DAS partielles (moins de 151,67 heures mensuelles)**
 - une copie de l'arrêté de mise en télétravail de l'agent (ou tout document indiquant que l'agent est en travail présentiel au sein de la collectivité)
 - une attestation sur l'honneur co-signée par l'organisation syndicale et l'agent indiquant que celui-ci a effectué X heures de DAS en télétravail (*cf modèle joint*)
- **Pour les agents bénéficiaires de DAS totales (151,67 heures mensuelles)**
 - une attestation sur l'honneur co-signée par l'organisation syndicale et l'agent indiquant que celui-ci a effectué ses heures de DAS en télétravail (*cf modèle joint*)

La Direction Générale et le Pôle Carrières/Juridique restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie de croire, Mesdames et Messieurs les Maires et Présidents, en l'assurance de ma considération distinguée.

Le Président,
Maurice CHABERT

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

DECHARGES D'ACTIVITE DE SERVICE PERIODE D'ETAT D'URGENCE SANITAIRE

Je, soussigné(e), Monsieur, Madame (*nom, prénom*),
secrétaire général (e) de l'organisation syndicale
départementale..... (*nom de l'OS*),
atteste par la présente que Monsieur, Madame.....
(*nom, prénom de l'agent*) a effectuéheures de Décharge d'Activité de Service en
télétravail du.....au..... (*dates*) 2020.

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

Madame, Monsieur.....(*nom, prénom du secrétaire général*)
.....(*nom de l'OS départementale*)

Signature :

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur.....
(*nom, prénom de l'agent*), agent de
(*nom de la collectivité de l'agent*) atteste de l'exactitude des éléments indiqués ci-dessus.

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

Madame, Monsieur.....(*nom, prénom de l'agent*)
.....(*nom de la collectivité de l'agent*)

Signature :