



## CONSEILLER DU SALARIE

Articles L 1232-14, L 1232-11 et D 1232-4 et suivants du Code du travail

### Demande de remboursement d'un salaire maintenu par un employeur

MOIS DE

20

Nom et prénoms ou dénomination de l'entreprise

Adresse de l'établissement employeur

Nom du conseiller du salarié

Durée totale de la ou les période(s) d'absence ayant  
donné lieu au maintien du salaire

Heures (entières)

Montant du salaire maintenu **A**

Montant des avantages maintenus **B**

Charges sociales correspondantes **C**

€

€

€

Pièces justificatives à joindre **OBLIGATOIREMENT**

- la ou les attestations des salariés bénéficiaires de l'assistance
- la copie du bulletin de salaire du conseiller pour le mois concerné
- le RIB ou le RIP

Montant total du salaire maintenu à  
rembourser **A+B+C**

€

┌

┐

┌

┐

└

Signature du Conseiller

└

└

Signature de l'Employeur

└

Formulaire à adresser à l'UNITE DEPARTEMENTALE DES BOUCHES-DU-RHONE  
55 Boulevard Périer  
13415 MARSEILLE CEDEX 20

**Ce formulaire doit être renseigné avec le plus grand soin.  
Il doit obligatoirement être signé par l'employeur et le conseiller du salarié.  
Ces derniers doivent veiller à ce que le nombre d'heures d'absence demandé soit cohérent au regard des  
attestations complétées par le ou la salarié(e) assisté(e)**