

DEMANDE DE DON SOLIDAIRE DE JOURS DE REPOS

À adresser au référent RH de la Direction

Conformément au décret n°2015-580 du 28 mai 2015, tout-e agent-e de la collectivité peut, sur sa demande, renoncer anonymement et sans contrepartie à tout ou partie de ses jours de repos non pris, qu'ils aient été affectés ou non sur un compte épargne-temps, au bénéfice d'un-e autre agent-e de la collectivité.

Pour pouvoir bénéficier d'un don solidaire de jours de repos, l'agent-e doit être confronté à des difficultés particulières :

- Avoir un enfant de moins de 20 ans à charge atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants ;
- Venir en aide à un proche atteint d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité ou présentant un handicap ;
- Être parent d'un enfant qui décède avant l'âge de 25 ans ou assumer la charge effective et permanente d'une personne qui décède avant cet âge ;
- Participer en qualité de sapeur-pompier volontaire aux missions ou activités d'un service d'incendie et de secours.

Je soussigné-e :

Nom : Prénom :
 Matricule : Date de naissance :
 Adresse personnelle :
 Tel. prof. : E-mail :
 Direction : Service :
 Fonction : Situation statutaire :

Situation familiale :

Conjoint, concubin ou personne liée par un Pacs :
 Nom/Prénom : Date de naissance :
 Employeur : Fonction :

Souhaite bénéficier d'une absence de jours au titre d'un don solidaire de jours :

- pour rester auprès de mon enfant (Prénom/Nom/Date de naissance) :
- pour venir en aide à une personne* proche atteinte d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité ou présentant un handicap (préciser le lien de parenté/Prénom/Nom/Date de naissance) :
- pour décès d'un enfant ou d'une personne de moins de 25 ans dont j'avais la charge (Prénom/Nom/Date de naissance) :
- pour participer en qualité de sapeur-pompier volontaire aux missions ou activités d'un service d'incendie et de secours

***Personnes concernées :**

- Son époux·se, partenaire de Pacs ou concubin(e) ;
- Un ascendant ou un descendant ;
- Un enfant dont il assume la charge ;
- Un collatéral jusqu'au 4e degré ;
- Un ascendant, descendant ou collatéral jusqu'au 4 e degré de son époux·se, partenaire de Pacs ou concubin(e) ;
- Une personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou avec laquelle il entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Exposé de la situation :

Précisez (en quelques lignes) les raisons qui vous conduisent à formuler une demande de don solidaire de jours de repos

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pièces justificatives à fournir obligatoirement :

Enfant à charge : Joindre un certificat médical détaillé établi par le médecin qui le suit (*ce certificat médical doit attester de la particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident rendant indispensables une présence soutenue du parent et des soins contraignants auprès de l'enfant**).

Aide à une personne en perte d'autonomie ou handicapée : Joindre un certificat médical détaillé établi par le médecin qui la suit (*ce certificat médical doit attester de la particulière gravité de la perte d'autonomie ou le handicap dont celle-ci est atteinte**) **et** une attestation sur l'honneur de l'aide effective apportée à cette personne.

Décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans : Joindre un certificat de décès et une attestation sur l'honneur attestant de la prise en charge effective et permanente de la personne décédée, s'il ne s'agit pas de son enfant.

Sapeur-pompier volontaire : Joindre une attestation du service d'incendie et de secours auquel vous êtes rattaché en qualité de sapeur-pompier volontaire, précisant la mission ou l'activité concernée et le nombre de jours sollicités.

** Le certificat médical doit préciser les modalités de présence auprès de l'enfant ou de la personne aidée (par exemple : congé fractionné, etc.)*

J'atteste avoir informé mon·ma supérieur hiérarchique de ma demande

Je m'engage à informer mon·ma référent·e RH en cas d'amélioration de la santé du proche aidé qui ne rendrait plus indispensable une présence soutenue

Je souhaite que l'assistant·e social·e du travail me contacte pour convenir d'un rendez-vous

Fait le : ____/____/____

Signature de l'agent·e :

Proposition du service RH déconcentré :

Favorable Défavorable

- Nombre de jours :

- Modalités :

.....
.....
.....
.....

Fait le : ____/____/____

Signature du Responsable ressources humaines :

signature

Mention d'information – Données à caractère personnel

La Ville et l'Eurométropole de Strasbourg, en qualité de responsable de traitement, traitent les données à caractère personnel saisies dans le présent formulaire dans le cadre de la gestion du temps de travail.

Les destinataires de ces données sont les personnes chargées de l'instruction de la demande ainsi que les chefferies de service concernées.

Les données à caractère personnel sont traitées dans le cadre d'une obligation légale du responsable de traitement.

Les données seront conservées sur notre base active pendant 2 ans.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016, règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, loi informatique et libertés (LIL), modifiée, vous avez un droit d'accès, de rectification et de limitation du traitement des données que vous pouvez exercer en vous adressant à la Délégation à la Protection des Données par courriel à dpo@strasbourg.eu