**FORMULAIRE DE DEMANDE D’AUTORISATION
D’UTILISER SON VEHICULE PERSONNEL POUR LES BESOINS DU SERVICE (HORS RESIDENCE FAMILIALE ET ADMINISTRATIVE)**

**Rectorat**

**Division des Affaires**

 **Financières**

**et de l’Achat Public**

**----**

**Bureau des Missions et déplacements**

 

*Décret n°2006-781 du 03 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement* *des frais occasionnés* *par les déplacements temporaires des personnels civils de l’Etat.
Arrêté du 26 février 2019 modifiant l’arrêté du 3 juillet 2006 fixant les taux et indemnités kilométriques prévues à l’article 10 du décret précité.
Arrêté du 11 octobre 2019 modifiant l’arrêté du 3 juillet 2006 fixant les taux des indemnités de missions prévues à l’article 3 du décret précité*

* Première demande  **ANNEE SCOLAIRE** :…………………….…………
* Renouvellement lors du changement de :  Véhicule

  Fonction/circonscription

 **Mr Mme** N° de sécurité sociale :……………………………………………………………………………

 **NOM** / Nom de jeune fille :……………………………………………………………………Prénom :…………………………………………………………………

 Date de naissance :…………………………………………….. NUMEN :…….………………………………………..…………………

 Grade :………………………………………………………………………………..Fonction :………………………..…………………………………………………………....

 Résidence administrative (nom de la commune sur laquelle se situe le service où l’agent est affecté) : ..…………………………

 Résidence familiale : (adresse)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Tél. fixe ou Tél portable  :…………………………………………………….Adresse E-mail : ………………………….……….……………………………………….

 **CARACTERISTIQUES DE LA MISSION CONFIEE**

 Objet de la Mission :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Secteurs d’intervention (préciser les communes) : ……………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

 Période de la mission : du …………………………………………………….……..au …………………………………………………………………

 **CARACTERISTIQUES DU VEHICULE PERSONNEL UTILISE** (\*)

 Marque :…………………………………………………………………………Modèle……………………………………………………………………………………………...

 Numéro d’immatriculation :……………………………………………Puissance fiscale :……………..……CV

 Nom de la compagnie d’assurance :…………………………………………………………………………………….

…N° de police (\*\*) :……………………………………………………………………………………………………………..…
 *(\*) Assurance obligatoire garantissant d’une manière illimitée sa responsabilité au titre de tous les dommages qui seraient causés par l’utilisation de son
 véhicule à des fins professionnelles.
 (\*\*) Tout changement de police doit être immédiatement signalé.*

**Signature de l’intéressé(e)** *(obligatoire)*

**Fait à** : ……..………………………………..…………… **Le :** …………………..………….………………

**Signature et cachet de l’autorité hiérarchique Pour le Recteur et par délégation**

*(obligatoire)* ***la Directrice***

**Pièces à joindre obligatoirement à votre demande de DUVP** :

POUR TOUT AGENT

* Copie de l’arrêté ou des arrêtés d’affectation de l’année scolaire
* Copie de la carte de grise au nom de l’agent en cas de 1ère demande ou de changement de véhicule

(Si la carte grise n’est pas au nom de l’agent, une attestation sur l’honneur confirmant qu’il se déplace professionnellement avec le véhicule immatriculé XX-YYY-XX pour l’année scolaire concernée)

* Copie de l’attestation d’assurance ou carte verte (couvrant la période pour laquelle les frais de déplacements sont demandés) + une attestation de conducteur principal ou second si vous n’êtes pas l’assuré(e)
* Attestation assurance à usage professionnel : à demander à votre assurance ou lui faire signer l’attestation disponiblesur le site de l’académie onglet « personnels », chapitre « Indemnités, remboursements de frais », rubrique « Remboursement de frais de déplacements temporaires ».
* Justificatif d’adresse
* INFORMATIONS IMPORTANTES : Les signatures de l’intéressé et de l’autorité hiérarchique sont obligatoires

SELON VOTRE SITUATION, IL CONVIENT DE RAJOUTER LES DOCUMENTS SUIVANTS :

* Infirmiers (es) : copie de la notification d’affectation sur secteur d’intervention
* Chargés de mission : copie de la lettre de mission, copie de l’emploi du temps attesté du chef d’établissement/de service
* *Enseignants en service partagé, personnel de santé*: copie de l’emploi du temps attesté du chef d’établissement
* *Personnels contractuels* : copie du contrat de travail*,*
* *Enseignants en remplacement* : attestation de non perception de l’ISSR*(imprimé en ligne),*
* Personnels en mission ponctuelle : convocation et attestation de présence *(imprimé en ligne),*
* Le présent imprimé devra parvenir complet et signé **par courrier** à l’adresse suivante :

***RECTORAT DE LA MARTINIQUE***

***Division des Affaires Financières et de l’Achat Public***

***Bureau des Missions, Déplacements et IFCR***

***Les Hauts de Terreville***

***97279 SCHOELCHER CEDEX***

* En cas de renseignements complémentaires, vous voudrez bien contacter le bureau des missions, déplacements et IFCR :
* Adresse email : br.fraisdeplacements@ac-martinique.fr
* Coordonnées téléphonique : 0596 522933 ou 0596 522932

**C A D R E R E S E R V E A L’ A D M I N I S T R A T I O N**
**Périodes :**
du………..…………………..au …………..………………..n° de l’OMP ……………………………créé le :………………………
du………..…………………..au …………..………………..n° de l’OMP ……………………………créé le :………………………

2/