

DEMANDE DE VÉRIFICATION

- Temps de trajet
 Frais de déplacement

CODE :

NOM :

PRÉNOM :

Tous les champs sont obligatoires pour le traitement de votre demande.

Date	
Client départ	
Client Arrivée	
Temps calculé	
Temps de trajet estimé	
Temps de trajet fixe	
Temps de trajet variable	
Temps estimé global	
Temps de trajet validé	
KM parcourus	
KM indemnisés	
Motif de la réclamation	
Signature Salarié	TRAITEMENT DE LA RECLAMATION (Réservé à l'administration)

A retourner au service Ressources Humaines dans le mois précédant la mise à disposition des relevés d'heures sur le site internet de la Maison de l'Aide à Domicile.