ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Déclaration de prise en charge des frais de transport

Internes en médecine, pharmacie ou odontologie – Forfait Mobilités Durables

Période de stage du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA)

Code APH (obligatoire) : .....

Nom patronymique : ..... Nom usuel : .....

Prénom : .....

Adresse du domicile : .....

Etablissement de stage : .....

Adresse : .....

☑ Je souhaite bénéficier du forfait mobilités durables en application des dispositions du décret n°2020-1554 du 09 mai 2020 pour :

☐ **COVOITURAGE*** – Pièce à fournir pour bénéficier du Forfait Mobilités Durables :

- un relevé de facture (si passager) ou de paiement (si conducteur) d'une plateforme de covoiturage ou,
- une attestation sur l'honneur du covoiturer, en cas de covoiturage effectué en dehors des plateformes professionnelles ou,
- une attestation issue du registre de preuve de covoiturage (http://covoiturage.beta.gouv.fr/)

☐ **VÉLO***

☑ J'atteste sur l'honneur, utiliser un cycle ou un cycle à pédalage assisté personnel. J'ai pris connaissance qu'à tout moment je peux être amené à produire un justificatif à la demande de l'administration dont je relève, tel qu'une facture d'achat, une attestation d'assurance ou une facture d'entretien.

**Merci de cocher la case correspondante à votre mode de déplacement.*

☑ Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements énoncés ci-dessus et m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'administration dont je relève, toute modification de ma situation susceptible d'entraîner une révision de mes droits à bénéficier du Forfait Mobilités Durables.

Fait à.....

Le.....

Signature

⇒ ***Toute demande incomplète ne sera pas traitée***

⇒ ***Le versement du forfait n'est pas cumulable avec le versement mensuel de remboursement des frais de transports publics ou d'abonnement à un service public de location de vélos.***

Ce bordereau est à adresser à : bdi.aphp.sap@aphp.fr