

BON DE DELEGATION

Société et Service (Business Unit)			
Nom			
Prénom			
Date			
Heures prises au titre du mandat de :	<input type="checkbox"/>	Délégué du Personnel	
	<input type="checkbox"/>	Membre du Comité d'Etablissement/Entreprise	
	<input type="checkbox"/>	Membre du CHSCT	
	<input type="checkbox"/>	Délégué Syndical	
Heure de départ			
Durée présumée de l'absence (1)			
Heure de retour			
	<input type="checkbox"/>	Mission dans la société (2)	
	<input type="checkbox"/>	Mission hors de la société (2)	

(1) Facultatif

(2) Précision demandée dans le cadre d'un accident survenant hors de l'entreprise. Ce dernier peut être pris en charge, après contrôle de la Sécurité Sociale, au titre des accidents du travail.

Demandeur : Date : Visa :	Responsable hiérarchique : Date : Visa :	Direction RH : Date : Visa :
--	---	---

Cadre réservé à la D.R.H. :		
Date réception :	Date réalisation avenant :	Date saisie CCMX :

Nom du fichier : BON DE DELEGATION	N° enregistrement : 0006/2001	Date : 10/04/01
------------------------------------	-------------------------------	-----------------

A envoyer aux Ressources Humaines avant le 10 du mois pour prise en compte sur le mois