

Demande de congé de solidarité familiale dans la fonction publique

Prénom Nom

Adresse personnelle

Service d'affectation

Grade

Ville, le date

À l'attention de autorité ayant pouvoir de nomination

S/c des différents responsables hiérarchiques intermédiaires

(Lettre recommandée avec AR ou remise en main propre contre décharge)

Objet : demande de congé de solidarité familiale

Madame / Monsieur / Qualité,

Je vous informe de mon intention de prendre un congé de solidarité familiale, afin d'assister mon, prénom, numéro de sécurité sociale, qualité (ascendant / descendant / frère / sœur / personne qui partage le même domicile que l'agent ou qui l'a désigné comme personne de confiance), qui est en fin de vie.

Sa caisse de sécurité sociale est la suivante : adresse

Je souhaite bénéficier de ce congé à compter du date pour une durée de durée dans la limite de 3 mois.

Je souhaite également percevoir l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, pour une durée de indiquer le nombre de versements souhaités, dans la limite de 21.

(Si plusieurs personnes se partagent l'allocation journalière) Je vous informe que je partagerai le bénéfice de l'allocation journalière avec identité et qualité de tout autre bénéficiaire.

Vous trouverez, ci-joint à cette demande, l'attestation du médecin.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Signature

Prénom Nom

Adresse personnelle

Service d'affectation

Grade

Ville, le date

À l'attention de autorité ayant pouvoir de nomination

S/c des différents responsables hiérarchiques intermédiaires

(Lettre recommandée avec AR ou remise en main propre contre décharge)

Objet : demande de congé de solidarité familiale

Madame / Monsieur / Qualité,

Je vous informe de mon intention de prendre un congé de solidarité familiale, afin d'assister mon, prénom, numéro de sécurité sociale, qualité (ascendant / descendant / frère / sœur / personne qui partage le même domicile que l'agent ou qui l'a désigné comme personne de confiance), qui est en fin de vie.

Sa caisse de sécurité sociale est la suivante : adresse

Je souhaite bénéficier de ce congé à compter du date par périodes de nombre de jours jours consécutifs pour une durée cumulée de durée dans la limite de 6 mois selon le calendrier ci-joint.

Je souhaite également percevoir l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, pour une durée de indiquer le nombre de versements souhaités, dans la limite de 21.

(Si plusieurs personnes se partagent l'allocation journalière) Je vous informe que je partagerai le bénéfice de l'allocation journalière avec identité et qualité de tout autre bénéficiaire.

Vous trouverez, ci-joint à cette demande, l'attestation du médecin.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Signature

Prénom Nom

Adresse personnelle

Service d'affectation

Grade

Ville, le date

À l'attention de autorité ayant pouvoir de nomination

S/c des différents responsables hiérarchiques intermédiaires

(Lettre recommandée avec AR ou remise en main propre contre décharge)

Objet : demande de congé de solidarité familiale

Madame / Monsieur / Qualité,

Je vous informe de mon intention de prendre un congé de solidarité familiale, afin d'assister mon, prénom, numéro de sécurité sociale, qualité (ascendant / descendant / frère / sœur / personne qui partage le même domicile que l'agent ou qui l'a désigné comme personne de confiance), qui est en fin de vie.

Sa caisse de sécurité sociale est la suivante : adresse

Je souhaite bénéficier de ce congé à compter du date sous forme d'un temps partiel à indiquer la quotité de travail souhaitée le(s) indiquer les jours de temps partiel souhaités pour une durée de durée dans la limite de 3 mois.

Je souhaite également percevoir l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, pour une durée de indiquer le nombre de versements souhaités, dans la limite de 42.

(Si plusieurs personnes se partagent l'allocation journalière) Je vous informe que je partagerai le bénéfice de l'allocation journalière avec identité et qualité de tout autre bénéficiaire.

Vous trouverez, ci-joint à cette demande, l'attestation du médecin.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Signature



**Ville de
Palavas-les-Flots**

Mairie de Palavas-les-Flots

Horaires : Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h.

Adresse : 16 Boulevard Maréchal Joffre – BP 106 – 34250 Palavas-les-Flots

Tél. : 04 67 07 73 00