



# DECLARATION MENSUELLE d'HEURES SUPPLEMENTAIRES/COMPLEMENTAIRES

Réalisées à la demande ou avec l'accord de la Hiérarchie  
Imprimé à retourner au plus tôt au CSPP pour traitement



\*90180133\*

Nom et prénom du collaborateur :  
.....  
.....

Unité d'Affectation :  
.....  
.....

**MATRICULE du collaborateur (à renseigner obligatoirement) :**

0	3	9	0						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

A cocher

Heures supplémentaires/complémentaires

TARGET

ASTREINTE (autre que TARGET)

RO	Payer	Récupérer	Date	Heure début	Heure fin	Astreinte	Heures travaillées	Horaires de l'astreinte	Horaires à préciser si intervention pendant astreinte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	le .....			de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	le .....			de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	le .....			de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	le .....			de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	le .....			de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....	de ..... à .....

**A remplir par le hiérarchique obligatoirement pour les incidents liés aux risques opérationnels :** cocher la case « RO » face aux heures déclarées si ces heures sont dues à l'analyse ou à la réparation d'un incident lié aux risques opérationnels et décrire brièvement cet incident. La collecte de cette information répond à une obligation réglementaire.

**Collaborateur**

Date et signature :

**Responsable hiérarchique NOM et PRENOM**

Date et signature

Cadre réservé au CSPP

Date de saisie : ..... Visa : .....

Si case RO cochée,  
Copie à CPR RH (B.C. 14-01) adressée le :

Cadre réservé à CPR concernant les heures liées à un incident opérationnel

CPR MRO : ..... CPR RH : .....