



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 :

MATRICULE du collaborateur (à renseigner obligatoirement) :

Unité d'Affectation :

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 :