

## **DON DE JOURS DE REPOS**

**au bénéfice d'agents de la Région  
demandeurs, parents d'un enfant  
gravement malade ou dont le conjoint est  
gravement malade**

**Décret n° 2015-580 du 28 mai 2015  
Règlements du temps de travail de la Région**

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT DONATEUR**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Direction/établissement : .....

### **DON DE JOURS**

- ☐ A.R.T.T.  
☐ Congés annuels dans la limite de 5 (si 100%)  
☐ Congés fractionnement (s'ils sont acquis)  
☐ C.E.T. Congés  
☐ C.E.T. A.R.T.T.

Nombre de jour(s) donné(s) : .....  
Nombre de jour(s) donné(s) : .....  
Nombre de jour(s) donné(s) : .....  
Nombre de jour(s) donné(s) : .....  
Nombre de jour(s) donné(s) : .....

### **J'ai pris acte :**

- que je renonce à ce(s) jour(s) sans contrepartie, au bénéfice d'agents demandeurs de la collectivité, assumant la charge d'un enfant âgé de moins de 20 ans ou de son conjoint, atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants.

- que mon don est définitif.

J'autorise la direction des ressources humaines à prélever ce(s) jour(s) dans le logiciel de gestion des temps.

Fait à : ....., le.....  
Signature :

### **VISA DE LA DRH**

A ..... le .....

Cachet et signature

**A RETOURNER A LA REGION BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE  
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES  
4 SQUARE CASTAN - CS 51857 - 25031 BESANCON CEDEX**