|  |
| --- |
| **ANNEXE 6 : FRAIS DE PERSONNEL****(sans frais de déplacement kilométriques)** |

**Convention ODEADOM n° 2025-00\*/\*\***

Agent pris en charge :

Sa fonction :

En Euros

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mois** | Salaire | **Charges sociales** | **TOTAL** |
| **Janvier** |  |  |  |
| **Février** |  |  |  |
| **Mars** |  |  |  |
| **Avril** |  |  |  |
| **Mai** |  |  |  |
| **Juin** |  |  |  |
| **Juillet** |  |  |  |
| **Août** |  |  |  |
| **Septembre** |  |  |  |
| **Octobre** |  |  |  |
| **Novembre** |  |  |  |
| **Décembre** |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

[ ] ***Je m’engage à ne bénéficier d’aucune autre aide publique permettant le financement de ce poste***

Certifié exact à ........................., le..................

Le représentant légale de la structure bénéficiaire\*

*\* le nom et la qualité du signataire ainsi que le cachet de la structure doivent être apposé*