**ATTESTATION DE REFUS D’ACTION SOCIALE**

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

GRADE :

COLLECTIVITE :

Je certifie avoir pris connaissance, que mon employeur met à ma disposition un avantage de prestations d’Action Sociale.

J’atteste **refuser délibérément** cet avantage (et j’ai bien pris connaissance qu’il ne peut être remplacé par aucun autre avantage qu’il soit financier, en nature…) et ce, durant toute l’année 2023.

 Fait à

 Le,

Signature :