

CONVENTION DE SUBVENTION

GROUPE

CIL

ATLANTIQUE

**Action
Logement**



ACCOMPAGNEMENT REALISÉ PAR UN PRESTATAIRE DE MOBILITÉ

Nom : Prénom :

Adresse :

Employeur :

Prestataire de mobilité :

Adresse du prestataire :

Montant demandé : Le :

--	--	--	--	--	--	--	--

Cachet du prestataire :

Conformément à l'article R 313-19-1 VI du code de la construction et de l'habitation et aux recommandations de l'UESL du 24 novembre 2010. Le bénéficiaire dispose de 9 mois à compter de la signature de la précédente convention pour fournir au CIL ATLANTIQUE les factures pouvant être remboursées au titre de l'AIDE MOBILI-PASS®.

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Le soussigné, certifie sur l'honneur qu'il n'a :

- ni déposé un autre dossier de demande d'AIDE MOBILI-PASS® pour les mêmes dépenses auprès d'un autre CIL,
- ni obtenu une AIDE MOBILI-PASS® pour les mêmes dépenses d'un autre organisme,
- ni bénéficié d'une autre AIDE MOBILI-PASS® à l'occasion d'une précédente embauche, d'une mutation ou d'un envoi en formation dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi, datant de moins de 24 mois, quel qu'en soit le montant.

Il s'engage à ne pas demander une aide identique couvrant les mêmes dépenses et certifie que les dépenses pour lesquelles l'aide est demandée ne sont pas prises en charge par ailleurs et notamment pour son employeur.

Il reconnaît avoir été informé qu'en cas de fausse déclaration ou de non respect de ses engagements, les sommes reçues au titre de l'AIDE MOBILI-PASS® devraient être immédiatement reversées au CIL ATLANTIQUE sans qu'il soit nécessaire, pour ce dernier, de procéder à l'envoi d'une mise en demeure préalable.

Fait à : Le :

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature du bénéficiaire
(précédé de la mention manuscrite "lu et approuvé")

CIL ATLANTIQUE :