****

**Justificatif du temps travaillé sur l'opération FEADER**

**Pour les personnels affectés à taux fixe prédéfini sur l'opération**

**V3 du 22/04/2025**

**A remplir pour chaque agent**

Madame, Monsieur NOM ET PRENOM du supérieur hiérarchique/personne habilitée au sein de l’organisme employeur.

Atteste que Madame, Monsieur NOM ET PRENOM de l’intervenant(e) + intitulé du poste occupé dans la structure, a bien travaillé au sein de NOM de l’organisme employeur sur l’opération libellé de l’opération retenue au titre du dispositif FEADER Référence du dispositif FEADER.

Atteste que l’agent :

* Est employé à temps plein/partiel de XX% (préciser la quotité).
* A effectué la/les missions décrite(s) ci-après : description des mission(s) de l’intervenant(e) sur l’opération.
* Sur la/les période(s) suivante(s) : dates de contribution au projet.
* Durant cette/ces période(s), a été absent XX jours (comptabiliser uniquement les congés spéciaux et arrêts maladie\*).

Atteste que l’agent était affecté sur l’opération selon un taux fixe prédéfini de XX% et selon un nombre d’heures valorisables à l’année sur une base temps plein s’élevant à hauteur de XX\*\*.

Pour faire valoir ce que de droit,

Fait à : Lieu

Le : Date

|  |  |
| --- | --- |
| Nom + fonction Signature du supérieur hiérarchique/personne habilitée | NomSignature de l'agent\*\*\* |