

NEGOCIATION TELETRAVAIL OU EN SOMMES-NOUS ?

En 2020, sous l'impulsion du Syndicat Unifié UNSA, s'ouvrait le télétravail pour tous les salariés des fonctions supports, assorti d'une période de tests pour les salariés du réseau commercial.

La commission de suivi de l'accord négocié dresse aujourd'hui un bilan favorable tant pour les fonctions supports que pour les agences concernées par le test.

Rappel des propositions du Syndicat Unifié UNSA sur le nouvel accord ... et qui seraient retenues.

Télétravail envisagé pour TOUS les salariés avec :

- Règle de 2 jours de présence sur site à minima
- 2 jours par semaine de télétravail régulier pour les fonctions supports.
- 1 journée par semaine de TT pour les salariés à temps partiel > 50%
- Maintien du forfait TT de 20 j/an pour les métiers commerciaux déjà concernés
- Forfait TT de 12j/ an pour les agences de 5 ETP et plus
- Mise en place d'un pilote pour les agences de moins de 5 ETP
- Traitement spécifique des cas particulier sous contrôle DRH

Propositions du Syndicat Unifié UNSA non retenues à ce jour :

- Déploiement du télétravail en agences avec un forfait de 20 jours par an (vs proposition de 12 jours)
- Participation financière forfaitaire aux frais induits
- Participation financière à un équipement de bureau (fauteuil, bureau)

Le télétravail est une option qui contribue à améliorer la qualité de vie au travail ; elle est sous la responsabilité du manager qui organise et pilote les activités.

Les élus du Syndicat Unifié UNSA sont engagés et force de proposition pour négocier au mieux tous les sujets propres à améliorer les conditions de travail.

Le bureau Syndical
Agir pour Construire...Ensemble !


Bulletin d'adhésion 2023

(à retourner par mail sur su.unsapacra@gmail.com)

NOM / PRENOM : _____

AFFECTATION : _____ ES : _____ REGION _____

CLASSIFICATION : _____ EMPLOI : _____

SOCIETAIRE : OUI NON (Barrez la mention inutile)

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ E-MAIL PERSO : _____

MOBILE PERSO : _____ MOBILE PRO : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ C.P. : _____

Date

Signature

Tarif des Cotisations annuelles 2023

CLASSIF	TARIF ANNUEL	APRES DEDUCTION DE 66%	TARIF MENSUEL
A	95 €	32,30€	9,50€
B	100 €	34,00€	10,00€
C	108 €	36,72€	10,80€
D	115 €	39,10€	11,50€
E	124 €	42,16€	12,40€
F	132 €	44,88€	13,20€
G	150 €	51,00€	15,00€
H	170 €	57,80€	17,00€
I	188 €	63,92€	18,80€
J	210 €	71,40€	21,00€
K	220 €	74,80€	22,00€
RETRAITES	50% dernière cotisation		

Paiement par prélèvement :
(joindre un RIB + exemplaire SEPA ci-joint rempli)

Cocher la case de votre choix :

Mensuel (10 Prélèvements sur la base d'une année pleine)

Annuel (fin mai)

Rappel: Afin d'encourager la syndicalisation, la Loi de finances permet de déduire 66% du montant de votre cotisation de vos impôts.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat ET à la trésorerie de l'association. En aucun cas elles seront transmises à une autre structure. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au trésorier ou au DSC de votre section ou au trésorier national.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (*NOM DU CREANCIER*) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (*NOM DU CREANCIER*).

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom	* 1
Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	* 2
Numéro et nom de la rue * 3	
Code Postal	Ville
* 4	
Pays	
Les coordonnées de votre compte	* FR76 1131 5000 0104 5
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
C E P A F R P P 1 3 1 6	
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	* Syndicat Unifié/UNSA 7
Nom du créancier	
ICS 8
Identifiant créancier SEPA	
* 9 Boulevard Louvain 9	
Numéro et nom de la rue	
* 1 3 0 0 8 *Marseille 10	
Code Postal	Ville
*France 11	
Pays	
Type de Paiement	* Paiement mensuel <input type="checkbox"/>
Signé à	Paiement annuel <input type="checkbox"/> 12
* 2	
Lieu	Date
Signature(s)	*Veuillez signer ici
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Observations :

1 La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
 2 Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères