

U.F.R. où les heures de Cours Complémentaire

DISCIPLINE : Nbre d'heures prévisionnel :

ont été dispensées : **Médecine**

Fiche de renseignements

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR TOUT CHARGE D'ENSEIGNEMENT ET TOUT AGENT TEMPORAIRE VACATAIRE EXTERIEUR A PARIS XII - EN CARACTERES D'IMPRIMERIE ET AU STYLO A BILLE UNIQUEMENT EN APPUYANT FORTEMENT

U.F.R. où l'original du dossier sera déposé :

1^{ère} FICHE RENOUELEMENT

NOM : Prénoms : Nom de Jeune Fille : Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité : Situation de Famille : Numéro de Sécurité Sociale : Adresse Personnelle : N° de Téléphone : Email :

POUR LES ETRANGERS

NOM et 1^{er} Prénom du Père : NOM et 1^{er} Prénom de la Mère :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ACTIVITE PRINCIPALE

Exercez-vous votre activité : (2) A temps plein A temps partiel

Dans le cas d'un travail à Temps partiel, précisez le Nbre d'Heures/mois :

Reportez-vous à l'un des 4 cas ci-dessous : **ETES VOUS :**

- 1^{er} CAS** EMPLOYE : ■ de la Fonction Publique OUI - NON ■ des Collectivités Locales OUI - NON ■ du Secteur Nationalisé OUI - NON ■ d'un Etablissement Public OUI - NON

Précisez : ■ Fonctionnaire TITULAIRE de l'EDUCATION NATIONALE : ■ Fonctionnaire d'un autre Ministère, lequel : ■ Contractuel : OUI - NON C.N.R.S. I.N.S.E.R.M. ■ AUTRE (à préciser) :

Précisez votre Grade exact :

Nom et Adresse de l'Etablissement qui vous emploie :

Etes-vous dans une situation statutaire particulière, laquelle :

Cotisez-vous à l'IRCANTEC OUI - NON

Si NON, êtes-vous affilié à un autre régime spécial de Retraite : OUI - NON

Si OUI, lequel :

2^{ème} CAS

SALARIE DU SECTEUR PRIVE :

Précisez votre fonction exacte :

Nom et adresse de l'Entreprise :

3^{ème} CAS

TRAVAILLEUR INDEPENDANT (ou Profession Libérale) :

Etes-vous assujetti à la Taxe Professionnelle : OUI - NON

Profession exacte :

Lieu de Travail :

4^{ème} CAS

ETUDIANT EN 3^{ème} CYCLE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

- Si OUI : ■ Age au 1^{er} OCTOBRE de l'année universitaire : ■ Diplôme ou titre le plus élevé :

Effectuez-vous des heures de T.D. ou T.P. dans d'autres Etablissements ? OUI - NON

Si OUI : Précisez lesquels et le nombre d'heures effectuées :

Etablissement : Nbre d'heures : T.D. - T.P.

Etablissement : Nbre d'heures : T.D. - T.P.

Etablissement : Nbre d'heures : T.D. - T.P.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et je m'engage à signaler toute modification qui interviendrait dans ma situation au cours de l'année universitaire

Fait à, le.....

Signature :

VISA DE L'AGENT COMPTABLE

(sous réserve de l'Avis de la Commission de Spécialité et du Conseil restreint)

Date :

SIGNATURE :

OU MOTIF DU REJET

Date SIGNATURE

Codes
Min / Adm. Dépt.

(zone réservée au gestionnaire)

demande de (1) : - domiciliation bancaire
- changement de domiciliation bancaire

NOM :

Prénoms :

N° INSEE :

A compter de la paye du mois de

Je vous prie de bien vouloir virer à mon compte n°

ouvert chez

Le montant intégral des rémunérations périodiques ou non périodiques qui me seront attribuées.

Pour les femmes mariées titulaires d'un compte joint : bien vouloir préciser le prénom de Monsieur :

Vous trouverez ci-joint le relevé d'identité

(1) bancaire
postal
de caisse d'épargne

précisant les caractéristiques de cette domiciliation.

Fait à

Le

(signature)

(1) Rayer la mention inutile.

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL
(valable uniquement pour l'année civile en cours)

Je soussigné ⁽¹⁾ :

Adresse :

Numéro cotisant URSSAF :

Adresse où sont versées les cotisations URSSAF :

DÉCLARE RÉMUNÉRER :

Nom : Prénom :

Fonction :

N° SS :

sur une base horaire annuelle supérieure ou égale à 900 heures, et effectuer sur la dite rémunération (contrat de travail de droit privé ou contrat de travail de droit public) les retenues Sociales obligatoires au titre du ⁽²⁾ :

- Régime général de la sécurité sociale
- Régime spécial ⁽³⁾ (Mines, banques, SNCF, agricole, E.D.F.)

JE CERTIFIE

1°) que cette rémunération ⁽²⁾ :

Dépasse ou ne dépasse pas le plafond mensuel des cotisations du régime général de la Sécurité Sociale, soit 2885 € (à compter du 01/01/2010).

2°) que je prends entièrement à ma charge le versement des cotisations au plafond pour la période du **01/01/2010** au **31/12/2010**.

3°) que je renonce au bénéfice du prorata visé aux articles L 242-3 et R 242-3 du code de la Sécurité Sociale.

4°) que l'intéressé(e) est affilié(e) au régime de retraite complémentaire suivant ⁽³⁾ :
.....

Je m'engage, par ailleurs, à informer immédiatement l'Université Paris 12- Val de Marne de toutes circonstances susceptibles de modifier la portée ou la validité du présent accord.

Fait à Le

CACHET DE L'ENTREPRISE

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

(1) Organisme liquidateur de la rémunération principale
(2) Rayer les mentions inutiles
(3) Préciser

AUTORISATION DE CUMUL
Délivrée par l'employeur principal

Etablissement :

Etat des rémunérations cumulées par M.

Grade :

Au titre de l'année civile 2010

ETABLISSEMENT	FONCTIONS	REMUNERATION	
		Fonction principale	Activité secondaire

Fait à _____, le _____
Le directeur,
(nom et qualité du signataire)

le Doyen

Jean-Pierre FARCET

Signature du bénéficiaire

Signature du Responsable des Crédits

VISA PREALABLE DES DOSSIERS DES AGENTS TEMPORAIRES VACATAIRES

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

NOM.....

Prénom

Date de naissance

certifie sur l'honneur être inscrit en vue de la préparation d'un diplôme du troisième cycle de l'Enseignement Supérieur et que mon service en qualité d'Agent Temporaire Vacataire n'excède pas, au total, pour l'année universitaire 2009-2010 dans un ou plusieurs établissements :

- 96h de travaux dirigés,
- **Ou** 144h de travaux pratiques,
- **Ou** toute combinaison équivalente.

Fait à.....

Le.....

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Visa Préalable des dossiers
Des chargés d'enseignement vacataires

**ATTESTATION D'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ
SALARIÉE RÉPONDANT AUX CONDITIONS
DU DÉCRET N° 87.889 DU 29 OCTOBRE 1987**

Je soussigné(e)

Nom :

Prénoms :

Certifie sur l'honneur que mon activité salariée

Emploi :

Employeur :

Dont la justification ressort du (ou des) documents(s)* ci-joints, s'exerce **ACTUELLEMENT** de façon **PRINCIPALE** et sur la base de **PLUS DE NEUF CENTS HEURES PAR AN**.

Je m'engage à informer l'Université (Directeur d'UFR et Service des traitements) de tout changement pouvant intervenir dans ma situation actuelle, notamment, si le volume de mon activité salariée n'atteint plus les neuf cents heures par an et à fortiori s'il est mis fin à cette activité.

Dans cette hypothèse, et si je viens à occuper un nouvel emploi, je prends bonne note que la constitution d'un nouveau dossier de chargé d'enseignement est indispensable.

Date :

Signature :

(Faire précéder la signature de la mention
« LU ET APPROUVÉ »)

* Bulletin de salaire récent ou attestation d'emploi

R A P P E L

NE PEUVENT PRETENDRE A UNE REMUNERATION

- Les personnels **hospitaliers universitaires** (Décret 84-135 du 24/02/84),
- Les **étudiants** âgés de **plus de 28 ans** (Décret 95-1096 du 11/10/95),
- Les personnes **âgées de plus de 65 ans** (Décret 92-191 du 25/02//92),
- Les **A.T.E.R.** (Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche, Décret 88-654 du 07/05/88)

CHARGES/ATTACHES D'ENSEIGNEMENT

CATEGORIES DE VACATAIRES	CONDITIONS DE RECRUTEMENT	JUSTIFICATIF ET PIECES A PRODUIRE	
DIRIGEANT D'ENTREPRISE	TOUTE JUSTIFICATION DE CETTE QUALITE	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de renseignements • 2 RIB ORIGINAUX • Demande de domiciliation bancaire • Tout document justifiant de la qualité • Copie de la carte vitale (ou attestation) • Copie de la pièce d'identité 	
ACTIVITE NON SALARIEE	<p>Etre assujetti à la taxe professionnelle</p> <p>OU*</p> <p>Apporter la preuve de moyens réguliers depuis au moins 3 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de renseignements • 2 RIB ORIGINAUX • Demande de domiciliation bancaire • Avertissement taxe professionnelle ou attestation du service • OU • Copie des avertissements d'impôt sur le revenu des 3 dernières années • OU • Copie des déclarations de revenus des 3 dernières années • Copie carte vitale (ou attestation) • Copie de la pièce d'identité 	
ACTIVITE SALARIEE	<p>Tout justificatif de la qualité</p> <p>L'activité principale doit être d'au moins 900H par an</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de renseignements • 2 RIB ORIGINAUX • Demande de domiciliation bancaire • Attestation de l'employeur (Annexe 3) • Autorisation de cumul pour les salariés du secteur public (Annexe 4) • Autorisation de cumul par le rectorat pour les allocataires de recherche • Attestation activité salariée plus de 900h (Annexe 6) • Bulletin de salaire récent • Copie de la carte vitale (ou attestation) • Copie de la pièce d'identité 	

AGENTS TEMPORAIRES VACATAIRES

ETUDIANTS	<p># Etre régulièrement inscrit à la préparation d'un diplôme de 3^{ème} cycle</p> <p># Etre âgé de moins de 28 ans au 1^{er} Septembre de l'année universitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de renseignements • Copie carte étudiant • Copie carte d'identité • Attestation sur l'honneur • 2 RIB ORIGINAUX • Demande de domiciliation bancaire • 	
ETUDIANTS ETRANGERS C.E.E et Algériens	<p># Assurer un maximum de 96 heures T.D</p>	<ul style="list-style-type: none"> • • + Carte de séjour 	
ETUDIANTS ETRANGERS HORS C.C.E		<ul style="list-style-type: none"> • Carte de séjour • + autorisation de travail délivrée par DDTE 	
RETRAITES	<p># Etre âgé de moins de 65 ans</p> <p># Ne pas intervenir dans l'ancien établissement d'activité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche renseignements • Tout justificatif de la situation de retraité • 2 RIB ORIGINAUX • Demande de domiciliation bancaire • Copie carte Sécurité Sociale • Copie de la pièce d'identité 	