

DOSSIER ADMINISTRATIF D'INSTALLATION

(A compléter par les étudiants n'ayant jamais travaillé à l'Université)

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi de votre carrière et de votre rémunération. Le responsable de ce traitement est le Président de l'Université. Les destinataires des données sont les gestionnaires RH de votre dossier.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'Université d'Evry-Val-d'Essonne - Direction des Ressources Humaines - Pôle de Gestion Individuelle et collective - Boulevard François Mitterrand - 91000 EVRY-COURCOURONNES

UFR / Département d'affectation :

Laboratoire :

ETAT CIVIL

Nom :

Nom de naissance :

Prénoms :

Né(e) le : / /

Lieu de naissance (ville et département) :

N° sécurité sociale : / / / / / Clé

Nationalité /

Si nationalité étrangère, date de validité de votre titre de séjour : du au

ADRESSE PERSONNELLE

N° et voie :

Complément :

Code postal : Localité :

Téléphone personnel : Portable :

E-mail :

DIPLOMES

Désignation	Spécialité	Année	Lieu d'obtention

NUMEN (si vous en possédez un – ce numéro est délivré par le Ministère) :

ADHERENT MUTUELLE (à précompter sur votre salaire)

☐ MGEN ☐ MAG ☐ Autre : (précisez) :

SITUATION FAMILIALE

☐ célibataire
☐ veuf(ve) depuis le
☐ divorcé(e) depuis le
☐ séparé(e) depuis le
☐ marié(e) depuis le
☐ pacsé(e) depuis le

SITUATION MILITAIRE

☐ réformé
☐ service actif / service civil du au
☐ objecteur de conscience du au
☐ coopération du au
☐ RDV citoyen du au

ENFANTS

Nombre d'enfants : dont à charge

Si vous avez des enfants à charge, souhaitez-vous percevoir le supplément familial de traitement ?

☐ NON ☐ OUI

HANDICAP

Avez-vous un handicap reconnu ou percevez-vous une rente/allocation ? ☐ OUI ☐ NON

Pensez-vous que l'évolution de votre situation actuelle nécessitera (à court ou long terme) d'effectuer une ou plusieurs démarche(s) relative(s) au handicap ? ☐ OUI ☐ NON

DETAIL DES SERVICES ACCOMPLIS DANS L'ADMINISTRATION

☐ 1^{er} emploi dans l'administration
☐ vous avez déjà travaillé dans l'administration (remplir l'annexe 1)

Préciser obligatoirement le Nom et adresse du dernier établissement payeur :

.....

EMPLOIS SUCCESSIFS OCCUPES

Secteur privé	Nom employeur	Fonctions	Date début	Date fin	Quotité
Secteur public	Nom employeur	Fonctions	Date début	Date fin	Quotité
Education nationale / Enseignement supérieur	Nom employeur	Fonctions	Date début	Date fin	Quotité

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom usuel : Prénom :

Numéro(s) de téléphone :

Si lien de parenté, précisez :

Je certifie que l'honneur que les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts.

Fait à le

Signature de l'agent

LISTE DES PIÈCES A JOINDRE POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER ADMINISTRATIF ETUDIANT

DOCUMENTS A FOURNIR

- ☐ Curriculum - vitae
- ☐ Domiciliation bancaire (**Annexe 1**) + un RIB (compte courant uniquement)
- ☐ Copie de l'attestation ou de la carte vitale (numéro lisible)
Important : Les agents non immatriculés doivent se signaler auprès de leur gestionnaire afin d'entamer la procédure
- ☐ Copie d'une pièce d'identité recto/verso ou Passeport avec photographie (visage visible)
- ☐ Copie du diplôme le plus élevé obtenu ou relevé de note
- ☐ Carte étudiante pour l'année en cours ou certificat de scolarité
- ☐ Formulaire de demande d'extrait de casier judiciaire n°2 dûment rempli par l'agent (**Annexe 2**)
- ☐ Attestation de non rémunération dans la fonction publique (**Annexe 3**)
- ☐ Déclaration sur l'honneur (**Annexe 4**)
- ☐ Demande de remboursement partiel des titres de transport (si nécessaire) (**Annexe 5**)

DOCUMENTS A FOURNIR, EN PLUS, POUR TOUT PERSONNEL DE NATIONALITE ETRANGERE

- ☐ Titre de séjour ou carte de résident en cours de validité
- ☐ Pour agents de nationalité algérienne : autorisation de travail à demander auprès des services concernés, dès que la promesse d'embauche vous sera adressée, à la prise de connaissance du choix de l'université concernant votre recrutement

ATTENTION : Sans carte de séjour ou autorisation de travail valide, aucun contrat ne sera signé. Votre contrat de travail sera émis à la date de début de votre autorisation de travail, et non pas à la date présumée d'embauche

DOCUMENTS A SIGNER SUR PLACE

- > Le procès-verbal d'installation en 3 exemplaires : la date de début de fonction correspond à la date de début du contrat d'engagement ou de l'arrêté de nomination
- > Le contrat de travail ou arrêté d'affectation en trois exemplaires

ATTENTION : Vous ne devez en aucun cas commencer à travailler avant la date prévue par le contrat. En cas d'accident, vous n'êtes pas couvert par la sécurité sociale

POUR INFORMATION

Vous devrez **impérativement** communiquer au service du personnel :

- > Tout changement d'adresse, de téléphone ou de messagerie électronique (formulaire disponible au service du personnel enseignant ou sur l'intranet)
- > Tout certificat d'arrêt de travail, déclaration de grossesse, ou accident de travail, par la voie hiérarchique, dans les meilleurs délais
- > Tout changement de relevé d'identité bancaire ou postal (adresser un original par courrier)

ATTENTION : Ne pas clôturer le compte bancaire précédent immédiatement. Un délai d'un mois est nécessaire pour que celui-ci soit effectif

DOMICILIATION BANCAIRE

Référence : décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 ; circulaire du ministre du budget du 22/06/2011; note de la Direction Générale des finances publiques en date du 18/07/2012.

☐ Demande de domiciliation nouvel(le) arrivant(e) ☐ Changement de domiciliation

N° INSEE : Clé :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Grade/fonction :

Affectation (composante/département/direction) :

A compter de la paie de, je vous prie de bien vouloir virer ma rémunération principale, sur le compte suivant dont je suis titulaire :

BIC : IBAN :

Ouvert chez :

JOINDRE UN RIB

Dans le cas où l'adresse du RIB ne correspond pas à celle communiquée,

Je soussigné(e) confirme que mon adresse actuelle est :

.....

J'atteste sur l'honneur que les coordonnées bancaires communiquées ci-dessus sont les miennes.

Fait à le

Signature de l'agent

DEMANDE D'EXTRAIT DE CASIER JUDICIAIRE (BULLETIN N°2)

La demande d'extrait de casier judiciaire sera effectuée par les services de la DRH de l'UEVE.

IDENTITE

Nom patronymique :

Nom d'épouse :

Prénom(s) :

Sexe : (M ou F)

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département N° :(France, DOM et Saint Pierre et Miquelon)

Arrondissement :(Paris et Lyon uniquement)

Pays étranger :

FILIATION

Nom du père :

Prénom du père :

Nom de jeune fille de la mère :

Prénom de la mère :

ATTESTATION DE NON REMUNERATION DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Je soussigné(e) :

Nom d'usage : Prénom :

N° INSEE :Clé

Certifie sur l'honneur :

☐ **N'avoir jamais été rémunéré(e)** par un établissement de la fonction publique d'Etat, territoriale ou hospitalière

☐ **Avoir été rémunéré(e)** par un établissement* de la fonction publique d'Etat, territoriale ou hospitalière
(Joindre le dernier bulletin de paie)

Fonction publique : ☐ Etat ☐ Territoriale ☐ Hospitalière

Etablissement d'affectation :

Etablissement payeur :

Adresse de l'établissement payeur :

Fonctions exercées :

Du au

En qualité de :

☐ Titulaire, date de titularisation :

☐ contractuel (rémunération mensuelle à l'INM ou forfait)

☐ vacataire (rémunération à l'heure après service fait)

☐ Autre

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à le Signature

*mentionnez uniquement le dernier emploi occupé

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :

Déclare sur l'honneur :

☐ être inscrit en **formation initiale**, dans un cycle d'études préparant un diplôme délivré au nom de l'Etat ou à la préparation d'un concours de recrutement dans l'une des trois fonctions publiques.

(Préciser et joindre la copie de la carte étudiant)

☐ ne pas avoir de contrat de travail avec un autre établissement d'enseignement supérieur ou un organisme de recherche.

☐ ne pas bénéficier de l'allocation de recherche.

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'établissement tout changement survenant dans ma situation.

Fait à le

Signature

DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL DES TITRES DE TRANSPORT
(une demande par abonnement)
Résidence habituelle ↔ lieu de travail en Île-de-France
Fonctionnaires et agents non titulaires
Année universitaire 20..... / 20.....

Ce document doit être complété en vue de bénéficier de la prise en charge partielle du prix des titres d'abonnements de transport prévue par la loi N°82-684 du 4 août 1982 et le décret n°2010-676 du 21 juin 2010.

Nom et prénoms /			
Adresse personnelle :			
N° Sécurité sociale : Clé			
Gare/Station de départ		Zone de départ	
Gare/Station d'arrivée		Zone d'arrivée	
Zones tarifaires utilisées (moins de correspondances, trajet plus rapide...)			

DESIGNATION DU TITRE DE TRANSPORT SOUSCRIT

Nature du titre de transport <i>< Joindre obligatoirement la photocopie du ou des titres d'abonnement RECTO-VERSO et les justificatifs de paiement</i>	N° carte ou abonnement
	Coût
Carte ou Abonnement hebdomadaire à nombre de voyages illimités ou limités par la SNCF ou toute autre entreprise de transports public de personnes	
Carte ou Abonnement mensuel à nombre de voyages illimités ou limités par la SNCF ou toute autre entreprise de transports public de personnes	
Carte ou Abonnement annuel à nombre de voyages illimités ou limités par la SNCF ou toute autre entreprise de transports public de personnes	
Carte ou Abonnement à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limité par la RATP, la SNCF, les entreprises privées de transport adhérentes de l'organisation professionnelle des transports d'Ile-de-France (OPTILE) ou toute autre entreprise de transport public de personnes. Préciser la durée initiale renouvelable :	
Abonnement à un service public de location de vélos	

Je, soussigné(e)..... déclare sur l'honneur que :

- je ne perçois pas d'indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail,
- je ne bénéficie pas d'un logement de fonction ne me faisant supporter aucun frais de transport pour me rendre à mon lieu de travail,
- je ne bénéficie pas d'un véhicule de fonction,
- je ne bénéficie pas d'un transport collectif gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail,
- je ne suis pas transporté(e) gratuitement par mon employeur,
- je ne bénéficie pas, pour le même trajet, d'une prise en charge au titre des frais de déplacement temporaires,
- je ne bénéficie pas des dispositions du décret n°83-588 du 1^{er} juillet 1983 et ne suis pas atteint d'un handicap dont l'importance empêche l'utilisation des transports en commun,

. certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande,
. m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail, ou les moyens de transports utilisés et à fournir tous les justificatifs requis sachant que la non-fourniture de ces éléments entraîne la suppression du versement de l'indemnité de transport.

Fait à le Signature de l'agent :

Cet imprimé doit être adressé à votre gestionnaire - Pôle Gestion Individuelle et collective

Toute fausse déclaration est susceptible d'entraîner l'application des sanctions disciplinaires prévues au titre II du statut général des fonctionnaires, voire de sanctions pénales (article 22 de la loi n°68-690 du 31 juillet 1968)