|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| **FICHE DE RECRUTEMENT DE VACATAIRES EXTERIEURS** |

 |
| **PIECES A FOURNIR** |

|  |
| --- |
| **Première prise en charge** |
| Copie carte d’identité, passeport, carte d’invalide civil □ |
| Copie carte Vitale ou document CPAM (INSEE lisible) □ |
| RIB personnel □ |
| Pièces Justificatives de la situation professionnelle (cf p2) □  |
| Planning des surveillances/Jurys/ conférences □  |

|  |
| --- |
| **ETAT CIVIL / COORDONNEES BANCAIRES** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | clé |  |  |

Numéro de Sécurité Sociale (**obligatoire**) :□ Mme □ M. Nom de naissance: …………………………………………………… Nom usuel: …………………………………..….………….Prénoms : ……………………………………………………………………………Date de naissance : ……. /……../……………..VIlle…………………………………Département :………….……..Pays :….…………………..…..Nationalité : …………………………………..Situation familiale : □ Célibataire □ Concubinage □ Divorcé(e) □ Marié(e) □ PACS □ Séparée □ Veuf(ve)Date de la situation familiale : ……………………………………………………………………………………………………….Adresse personnelle : …………………………………………..………………………………………..…………………………………………………..Code postal :……………....…………Ville………………………………………..……………………….Pays :……..………………..…………………N° de téléphone :…………………………………….………..Adresse mail : ………………………………………………………..…………………….. |

|  |
| --- |
| **SITUATION PROFESSIONNELLE PRINCIPALE** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| □ Titulaire Fonction publique de l’année  | □ Retraité |
| □ Contractuel Fonction Publique | □ Étudiant |
| □ Salarié du secteur privé | □ Demandeur d’emploi |
| □ Activité libérale ou auto-entreprise | □ Autre (préciser) :  |

**Activité professionnelle actuelle** :… |

|  |
| --- |
| **ATTESTATION FISCALE pour les ressortissants étrangers** |

Je soussigné(e)…………………………………………………………………………………………… déclare être fiscalement rattaché à mon pays d’origine………………………………. et ainsi ne pas prétendre au prélèvement à la source en France.

 Signature :

|  |
| --- |
| **Retraité (moins de 67 ans au 01/09 de l’année de recrutement, hors conférencier)** |

Je soussigné(e)…………………………………………………………………………………………… atteste déclarer à ma **caisse de retraite cette activité dans le cadre d’un cumul emploi-retraite.**.

 Signature :

Selon le statut de l’intervenant, des pièces complémentaires sont sollicitées :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statut** | **Pièces justificatives à fournir** | **Nom/ coordonnées employeur**  |
| □ Titulaires ou contractuels des 3 Fonctions Publiques | □ 1 bulletin de salaire récent (moins de 3 mois au jour de l’intervention)□ Autorisation de cumul d’activité (sauf personnel enseignant du supérieur) ou en cas de cumul déclaratif, copie de la déclaration ou attestation sur l’honneur qu’une déclaration a été faite à l’employeur principal□ Proratisation des cotisations (voir p.3) |  |
|  |  |
| □ Salarié du secteur privé | □ un bulletin de salaire de moins de 3 mois au jour de l’intervention□ l’attestation de proratisation vieillesse (p3)  |  |
| □ Etudiants | □ carte étudiante ou certificat de scolarité de l’année en cours |
| □ Nationalité étrangère hors UE ou activité à l’étranger | □ copie de la carte de séjour et le cas échéant de l’autorisation de travail pour les ressortissants hors Union Européenne□ attestation sur l’honneur précisant la domiciliation fiscale |
| Retraité | Titre de pension |
| Libéraux, non-salariés et autoentrepreneurs | Justificatif URSSAF / Sirene / K / Kbis / D1 selon l’activité professionnelle |
| Demandeur d’emploi | Avis de situation Pôle Emploi |
| Intermittents | Avis d’imposition |

En cas de situations particulières, la Direction des Ressources Humaines se réserve le droit de demander des pièces complémentaires.

|  |
| --- |
| **CONDITION DE RECRUTEMENT** |

Vous avez été sollicité pour assurer des vacations à l’université de Tours. La rémunération sera versée, **après service fait,** selon le nombre d’heures réalisées et détaillées par un état de règlement et en fonction du calendrier de paie de l’université.

Mme/M atteste qu’il/elle a pris connaissance des conditions de recrutement et certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements portés dans ce dossier. Cette notice vaut lettre d’engagement. Elle a une valeur juridique et constitue une preuve en cas de litige entre l’employeur et vous.

Fait à , le

 Signature de l’intéressé(e) Le directeur de la composante/service Cachet de l’UFR ou Service

 **Nom Prénom** **Nom - Prénom**

**ATTESTATION EMPLOYEUR PRINCIPAL**

Je soussigné(e)

Fonction

Coordonnées de l’Etablissement *(Nom, Adresse et N° de téléphone)* :

Etablissement relevant : 🞎 de la fonction publique 🞎 du secteur privé

**déclare :**

1. **rémunérer Mr / Mme**

Fonction :

Service (ou direction)

A ☐ Temps complet

 ☐ Temps partiel Quotité : %

 Et nombre d’heures de travail annuelles :

**b)** **effectuer sur ladite rémunération les retenues**

* *de la sécurité sociale au titre de :* ☐ Régime général ☐ MSA

 ☐ Autre (à préciser) :

* *de la retraite complémentaire au titre de :* ☐ L’IRCANTEC

 ☐ Autre régime (salarié ou privé) :

**ATTESTATION MISE A DISPOSITION DE L’URSSAF** (*en cas de contrôle)*

Pour les agents cotisant au Régime Général

*(A remplir par la Direction des Ressources Humaines)*

Numéro du compte cotisant à l’URSSAF de l’employeur (obligatoire) : **37 000 99 253 928 86**

**Certifie que la rémunération de l’intéressé(e) :**

☐ ne dépasse pas le plafond des cotisations au régime général de la sécurité sociale

**Proratisation des cotisations vieillesse calculées sur le plafond de la sécurité sociale :**

☐ dépasse le montant du plafond de la sécurité sociale et dans ce cas, je prends entièrement à ma charge les cotisations plafonnées correspondantes à cette rémunération. De ce fait, je ne sollicite pas l’application de la règle du prorata des articles L.242.3 et R. 242.3 du code de la sécurité sociale

☐ dépasse le montant du plafond mais je ne prends pas en charge la totalité des cotisations patronales plafonnées correspondantes à cette rémunération.

* *Pour information le plafond de la sécurité sociale au 1er janvier 2025 est de 3 925€ brut mensuel.*

Cachet de l’établissement (obligatoire) : Fait à  , Le

 Signature de l’employeur :