

|  |
| --- |
| **Liste des pièces à fournir en cas de renouvellement** |

|  |  |
| --- | --- |
| Situation statutaire | Pièces demandées |
| Titulaires ou contractuels des 3 Fonctions Publiques | 1 bulletin de salaire récent  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) |
| Salariés secteur privé | 1 bulletin de salaire récent  Proratisation des cotisations (voir p.3) |
| Étudiants | Carte étudiante de l’année en cours ou certificat de scolarité |
| Demandeurs d’emploi | Avis de situation Pôle Emploi |
| Retraités | Titre de pension |
| Libéraux, chefs d’entreprise non-salariés et auto-entrepreneurs | Justificatif URSSAF / Sirene / K / Kbis / D1 selon l’activité professionnelle |
| Intermittents | Avis d’imposition |
| Personnes étrangères hors UE | Titre de séjour avec mention de l’autorisation de travail |

Pour tous les renouvellements, fournir la ou les pièces justificatives de la situation statutaire, le planning des surveillances / conférences ainsi que l’attestation de non-changement des données administratives (ci-après).



|  |
| --- |
| **Attestation de non-modification des données administratives** |

Je soussigné(e)**, ,** confirme par la présente que les informations suivantes n’ont pas changé depuis ma dernière prestation à l’Université de Tours.

|  |  |
| --- | --- |
| Donnée administrative | Inchangé(e) |
| RIB |  |
| Adresse |  |
| Situation maritale |  |
| Nom usuel |  |

Je m’engage à informer la Direction des Ressources Humaines de tout changement dans ma situation connue des services de l’Université et, le cas échéant, à fournir les pièces justificatives attachées à ces changements.

**NOM Prénom**

**Signature**

**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) :

**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 :