

|  |
| --- |
| **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 principalProratisation 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 :