**Dossier de recrutement ou renouvellement VACATAIRE ENSEIGNANT**

**Année universitaire 2020/2021**

**IMPORTANT** : ne constituer *qu’un seul dossier* en cas d’intervention dans plusieurs composantes.

Le dossier doit être transmis complet à l’UFR/service **AU MOINS 15 JOURS AVANT LE DEBUT DE L’ACTIVITE**

**N° RH**

 **Première candidature Vacataire déjà connu**

|  |
| --- |
| **COMPOSANTE D’AFFECTATION 2020/2021 :……………………………..Département :…………………………** |

 **VOTRE ETAT CIVIL (écrire en majuscule)**

[ ] Monsieur [ ]  Madame **Nom usuel** : ………………………… ……………………Nom de jeune fille :………………………………

|  |
| --- |
|  |

 Prénom(s) :……………………………………………………

 Date de naissance : ………………… Lieu : …………… ….. Département Nationalité :……………………………

 Situation familiale : [ ]  célibataire [ ]  concubinage [ ]  marié(e) [ ]  pacsé(e) [ ]  divorcé(e) [ ]  veuf (ve) [ ]  séparé (e)

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

 **N° de sécurité sociale :**

Adresse personnelle :……………………………………………………………………………………………………………………..

 Code postal, ville : ………………………………………………………………………………………………………………………

 Tél. :…………………………………………….. Email : ………………………………………………………………………………….

 **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE PRINCIPALE**

* **ATV (agent temporaire vacataire) volume d’heures autorisé : 96 HTD maximum**

[ ]  Etudiant (3ème cycle) [ ]  Retraité (de moins de 67 ans au 01/09/20)

* **CEV (chargé d’enseignement vacataire) volume d’heures autorisé : 187 HTD maximum**

[ ]  Salarié du secteur privé ou gérant salarié **\*** [ ]  Fonctionnaire titulaire **\***

[ ]  Agent public**\*** (non titulaire) [ ]  Travailleur indépendant ou profession libérale

 [ ]  Auto- entrepreneur [ ]  Autres, précisez :

**\* (le cadre réservé à l’employeur principal doit obligatoirement être complété)**

|  |
| --- |
| (On ne peut juridiquement attester par soi-même ; l'attestation doit être complétée par une tierce personne)Raison sociale de l’employeur : Je, soussigné(e), Adresse Certifie que M. Mme , exerçant la fonction de , Effectue, dans son emploi principal, un service **de plus de** **900h** au cours de l'année universitaire 2020-2021 [ ]  **OUI /** [ ]  **NON** son salaire **dépasse** le plafond mensuel de la sécurité sociale **Cachet** et signature de l'employeur principal A , le .**Pour les employés du secteur public, cette signature ne vaut pas autorisation de cumul d’activité dans la limite du plafond prévu par l'arrêté du 3 décembre 2010, à savoir 187h pour l’année universitaire** (nécessaire pour les cotisations retraite complémentaire IRCANTEC) [ ]  **OUI** (+ de 3 428 € brut)  **/** [ ]  **NON** (- de 3 428 € brut)Son statut est [ ]  **employé dans le secteur privé** **[ ]  employé dans le secteur public** [ ]  contractuel de la fonction publique  |
| [ ]  fonctionnaire **(préciser le contact pour la RAFP)****RAFP** : Adresse électronique de la personne à contacter:…………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |

**Cadre réservé à l’employeur principal**

 *Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements ci-dessus et m’engage à notifier toute modification qui interviendrait dans ma situation professionnelle. Je déclare avoir pris connaissance des conditions de recrutement prévues par le décret n° 87-889 du 29 octobre 1987* ***et m’engage à ne pas débuter les heures d’enseignement avant acceptation du dossier de recrutement par le Président de l’Université****. Je prends note que l’absence de production des pièces requises par la réglementation en vigueur rend impossible mon recrutement et que je ne pourrai pas prétendre à la rémunération des vacations effectuées.*

 *Je prends note que seules les heures d’enseignement réellement effectuées seront rémunérées à l’exclusion de tout remboursement de frais (transport, hôtel, restauration…).*

 ***Cadre réservé à l’Université***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signature de l’intéressé** **Date et signature**  | **Visa du responsable de site/** **de département** **NOM :…………..** **Date et signature**  | **Visa du directeur de composante ou service commun (obligatoire)****NOM :…………..****Date et signature**  |