

**PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE RECRUTEMENT DE VACATAIRE
A FOURNIR CHAQUE ANNÉE**

**ENSEIGNANTS TITULAIRES/ NON TITULAIRES
HORS UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

COPIE PIÈCE D'IDENTITÉ EN COURS DE VALIDITÉ (C.N.I. ou
Passeport)

(Pour les étrangers HORS Union Européenne joindre une autorisation de travail et la carte de séjour)

R.I.B. LISIBLE AU NOM DE L'INTERESSÉ (E)

Copie de L'ATTESTATION de la CARTE VITALE ou la carte vitale

LISIBLE

COPIE DU DERNIER BULLETIN DE SALAIRE

AUTORISATION DE CUMUL complétée et signée par votre administration d'origine

Une seule autorisation de cumul par an et pour toutes les composantes

Conditions réglementaires

Personnels enseignants: Articles 1 et 2 du décret du 29.10.1987 modifié

Les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministère de l'Education nationale peuvent faire appel pour des fonctions d'enseignement, dans les disciplines autres que médicales et odontologiques, à des chargés d'enseignement vacataires choisis en raison de leur compétence dans les domaines scientifique, culturel ou professionnel, qui exercent, en dehors de leur activité de chargé d'enseignement une activité professionnelle principale (service statutaire accompli).

Nature et nombre d'heures autorisées

Nombre maximum d'heures : **188 heures Eq./T.D.pour l'ensemble des composantes**

- JE M'ENGAGE A REMETTRE MON DOSSIER AVANT TOUT DEBUT DE COURS
- AUCUN DEPASSEMENT DE SEUIL N'EST POSSIBLE
- TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE AU BUREAU DU PERSONNEL
**ATTENTION : IL NE PEUT ETRE PAYE D'HEURE D'ENSEIGNEMENT AUX ASSOCIATION/ATER/DEMANDEURS D'EMPLOI
NI AUX RETRAITES OU ACTIFS DE + DE 67ANS**

Destinataires : DRH (1ex)

Bureau du personnel (1ex)

Composante (1ex)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

RENOUELEMENT NOUVELLE CANDIDATURE

NOM D'USAGE : Prénom :
NOM DE FAMILLE :
Né(e) le : A :
Département /Pays : Nationalité :
N° Sécurité Sociale : Clé

SITUATION FAMILIALE* :

Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve)

Adresse :

Code postal : VILLE :

Tél. : Mail :

STATUT AU 01/09/2016* :

Etudiant - Profession libérale - Travailleur indépendant - Salarié du secteur privé

FONCTION PUBLIQUE : titulaire (toutes administrations) Contractuel (toutes administrations)

Personnel Université de Nice : AENES / ITRF –

Autre (préciser).....

PROFESSION :

REGIME DE SS* : Régime général (inf. plafond SS) Régime général (Sup. plafond SS)

Profession libérale Régime fonctionnaire (titulaires) Autre (préciser) :

* cochez la case correspondant à votre situation

CONDITION DE RECRUTEMENT

Candidat étudiant : Etre inscrit en 3^{ème} cycle durant l'année 20...../20.....

Autre candidat : vous devez justifier d'une activité principale

Direction d'entreprise

Activité salariée d'au moins 900 heures de travail par an ou 300 heures d'enseignement (se référer aux conditions)

Profession libérale

Fonctionnaire titulaire (toutes administrations)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente notice et m'engage à signaler tout changement. Je déclare avoir été informé(e) du nombre d'heures autorisées qui s'élève à Heures en vertu de mon statut professionnel.

A....., le Signature :



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

RECTORAT
DEPARTEMENT DE LA GESTION DES PERSONNELS
SERVICE DE LA GESTION DES PERSONNELS ENSEIGNANTS

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE

Décret n°2007-658 du 2 mai 2007
Année scolaire 201... - 201...

Nom : _____ Prénom : _____ Grade : _____ Etablissement : _____

Discipline : _____ Modalités de service : Temps complet Temps partiel _____ heures

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoire(s) pour l'année scolaire en cours ? Oui Non Si oui, à préciser (Nom de l'employeur, Type d'activité, Nombre d'heures hebdomadaires) : _____

Renseignements sur l'activité concernant l'activité accessoire sollicitée :

Identité de l'employeur Adresse	<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé	Nature – Secteur d'activité des activités exercées	Nombre total d'heures	Nombre d'heures hebdomadaires
------------------------------------	--	--	-----------------------	-------------------------------

Modalités de rémunération : Traitement Indemnités Honoraires Vacations

Visa et cachet de l'employeur de l'activité accessoire sollicitée :

Date d'effet à donner à l'autorisation de cumul : du ___/___/___ au ___/___/___

Fait à _____, le _____

Signature du fonctionnaire :

Rappel : l'intéressé(e) doit impérativement avoir reçu l'autorisation de cumul avant de commencer son activité accessoire.

<p>Avis du chef d'établissement ou de service où l'intéressé(e) exerce son activité principale :</p> <p>Je certifie que l'intéressé(e) n'a pas refusé d'HSA/HSE</p> <p>Demande reçue le ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> avis favorable</p> <p><input type="checkbox"/> avis défavorable</p> <p>Motif : _____</p> <p>Date : ___/___/___</p> <p>Signature et cachet du supérieur hiérarchique :</p>	<p>Avis de l'IA-IPR et/ou l'IEN-EG-ET</p> <p><input type="checkbox"/> avis favorable</p> <p><input type="checkbox"/> avis défavorable</p> <p>Motif : _____</p> <p>Date : ___/___/___</p> <p>Signature :</p>	<p>Décision du Recteur,</p> <p>Demande reçue le ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> autorisation accordée</p> <p>du ___/___/___ au ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> autorisation refusée</p> <p>Motif du rejet : _____</p> <p>_____</p> <p>Nice, le : ___/___/___</p> <p>Le Recteur,</p>
---	---	---

Activités autorisées : voir au verso.