FICHE DE RENSEIGNEMENTS [1]

Etablissement ou service dans lequel s'effectue l'intervention : 0 _ _ _ _ _ _ _

……..

Données personnelles

NOM d'usage : ..... Nom patronymique : ..... Prénom : .....

Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance : ……Dpt ……..

Situation Familiale : Célibataire☐ Marié(e)☐ Séparé(e)☐ Divorcé(e)☐ Pacsé(e)☐ Vie maritale☐ Veuf (veuve)☐

Depuis le : __ / __ / ____

Adresse personnelle : .....

Adresse mail : ..... Téléphone : .....

Employeur [2]: .....

Grade ou profession [3]: ..... ORS(si enseignant) ..... Fonctionnaire ☐ OUI / ☐ NON

Adresse professionnelle : .....

.....

N° Insee : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

NUMEN (si Education nationale) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

SI VOUS REMPLISSEZ CETTE FICHE POUR LA PREMIERE FOIS, OU SI VOS COORDONNEES BANCAIRES ONT CHANGE, **JOINDRE UN RIB (format BIC-IBAN)**

Engagement de l'intervenant : *Je certifie avoir pris connaissance des dispositions relatives aux cumuls des retraites, des rémunérations et des fonctions, et (pour les agents de la fonction publique en activité) exercer à temps complet. Je m'engage à ne pas effectuer plus de 200 vacations par année scolaire (toutes activités ou dispositifs confondus).* (Ce dispositif ne s'applique pas aux examens et concours)

Date : __ / __ / __ Signature de l'intervenant :

Autorisation de cumul d'activités (ne concerne que les agents de la fonction publique, fonctionnaires ou pas ; n'a pas à être renseignée lorsque l'intervention fait suite à une convocation *(ex. : examens et concours)* ou si un dossier spécifique est constitué pour la mise en paiement de prestations pour raisons médicales)

A - Avis du responsable hiérarchique direct :

☐ Favorable

☐ Défavorable (motif : .....)

Je soussigné, M ..... *(qualité)* ..... certifie que l'intéressé(e) n'a pas refusé d'effectuer des heures supplémentaires à quelque titre que ce soit, exerce à temps complet et ne bénéficie pas de décharge à quelque titre que ce soit.

Date : __ / __ / __ Cachet : Signature :

B - Décision de l'autorité compétente [4] (inutile pour les personnels du second degré de l'académie d'Aix – Marseille[5]) **:**

☐ Accordée

☐ Refusée[6] (motif : .....)

Date : __ / __ / __ Cachet : Signature :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFiP. Conformément au règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, et à la loi « Informatique, fichiers et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée » vous disposez d'un droit d'accès et de rectification et également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données (cf.cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits). Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données (DPO) par voie électronique : dpo@ac-aix-marseille.fr ou par courrier postal : Rectorat d'Aix-Marseille Délégué à la protection des données, place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence cedex 1.

---

[1] Pour la DAFIP (à fournir en début d'année scolaire ou à la première intervention (concerne tous les intervenants en formation continue des personnels de l'académie d'Aix – Marseille, sauf les formateurs ESPE (en poste ou mis à disposition), ceux intervenant dans le cadre de leur fonction ou mission, d'une convention ou d'un partenariat à titre gratuit).
[2] Si l'intéressé(e) est son propre employeur, porter la mention « profession libérale »
[3] Les retraités âgés de plus de 67 ans (y compris ceux de la fonction publique) ne peuvent pas être recrutés (sauf vacataire).
[4] Recteur, DASEN, président d'université, président de collectivité territoriale, Préfet, directeur d'établissement public…
[5] Cette décision sera systématiquement accordée sur avis favorable du responsable hiérarchique direct, dans le respect des dispositions relatives aux cumuls des retraites, des rémunérations et des fonctions.
[6] Toute contestation de cette décision devra être formalisée dans un délai de deux mois à compter de sa notification : soit devant le Tribunal Administratif, soit après recours gracieux (auprès de l'auteur de la décision) ou recours hiérarchique exercé dans le même délai et ayant donné lieu à une décision explicite de rejet ou à une décision implicite de rejet, laquelle est acquise deux mois après la réception du recours gracieux ou hiérarchique resté sans réponse.

Annexe

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné(e)
NOM :.....Prénom :..... Né(e) le : .....
Nom patronymique :.....Situation de famille.....depuis le :….....
Grade .....
demeurant : .N°.....Nature :.....Nom : .....
lieu-dit/hameau (éventuellement mention complémentaire) : .....
.....
code postal : ……..……..Commune : …….....téléphone : …….....

n° Insee															Clé	

Établissement d'affectation : .....……..

déclare sur l'honneur

☐ (1) n'avoir jamais exercé d'activité rémunérée dans la fonction publique (FPE/FPH/FPT), y compris en qualité d'auxiliaire, de contractuel, de maître d'un établissement privé sous contrat, d'assistant d'éducation, d'AESH ou employé dans le cadre d'un contrat emploi solidarité (CES) ou d'un contrat emploi consolidé (CEC) ou d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) ou d'un contrat d'avenir (CAV) ou celui des emplois jeunes ou rémunéré par un groupement d'intérêt public (GIP).
☐ (1) exercer actuellement une activité rémunérée dans la fonction publique (modalités, lieu, périodes) : ……..
.....
☐ (1) avoir exercé .....
(joindre éventuellement la copie du dernier bulletin de paie ou le certificat de cessation de paiement si celui-ci est en possession de l'intéressé(e))

certifie

☐ (1) ne pas percevoir actuellement
- d'allocation de recherche
- d'allocation d'aide au retour à l'emploi (chômage) ou allocation formation-reclassement
- d'allocation parentale d'éducation *(personnellement ou au titre de la famille)*
- de pension de retraite

☐ (1) ne pas être en congé parental, en congé de formation ou de mobilité, en disponibilité *(y compris d'une autre administration ou d'une autre académie)*
☐ (1) que je n'ai pas effectué d'interventions ou de vacations, et que je n'en effectue pas actuellement dans le cadre d'une autre action ou d'une autre administration
☐ (1) que j'ai effectué (nombre)..... heures de vacations (2) au titre
de.....pour la période du..... au.....

demande

☐ à être domicilié(e) fiscalement à l'étranger (3)

Fait à....., le.....
faire précéder de la mention "lu et approuvé" Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFiP.
Conformément au règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, et à la loi « Informatique, fichiers et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée » vous disposez d'un droit d'accès et de rectification et également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données (cf.cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits). Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données (DPO) par voie électronique : dpo@ac-aix-marseille.fr ou par courrier postal : Rectorat d'Aix-Marseille Délégué à la protection des données, place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence cedex 1.

(1) cocher les cases correspondantes à votre situation et biffer éventuellement les mentions ne se rapportant à votre situation
(2) à ne remplir que par les personnels effectuant des vacations
(3) l'adresse de l'intéressé(e) à l'étranger doit être communiquée au verso du présent imprimé

Documents à fournir pour une prise en charge : justificatif de références bancaires au format BIC IBAN au nom et prénom de l'agent + Justificatif d'identité (ou copie du passeport en cours de validité ou, à défaut, de la carte d'identité recto verso pour un ressortissant européen ou le titre de séjour en cours de validité pour un étranger non ressortissant européen.) + justificatif d'affiliation à un régime de Sécurité Sociale (avec le numéro d'immatriculation lisible)

Réf : DH 05/12