|  |
| --- |
| **DOSSIER D’EMBAUCHE** Renforts indicés et apprentis |
|  |  |
| **PIÈCES À FOURNIR** |
|  |
| **Pièces obligatoire pour la prise en charge et la mise en place de la paie** |
| * Fiche de renseignements complétée et signée (ci-jointe)
 |
| * Copie d’une pièce d’identité recto-verso ou copie de la page état civil du passeport
 |
| * Titre de séjour valide : copie du visa (dans le passeport), récépissé ou carte de séjour
 |
| * RIB ou RIP à votre nom et prénom
 |
| * Certificat de cessation de paiement (public) ou solde de tout compte (privé)
 |
| * Copie de l’attestation de sécurité sociale (CPAM ou MGEN)
 |
| * Copie du diplôme le plus élevé
* CV

**APPRENTIS joindre aussi :** |
| * **Attestation d’inscription de l’organisme de formation** précisant l’intitulé de la formation, les dates et le nombre d’heures de la formation (pour les apprentis)
* **Convention de formation**
* **Souche visite médicale d’embauche obligatoire**

  |
| **Le cas échéant :**  |
| * Attestation SFT sous le lien du pack *(agent rémunéré à l’indice uniquement)*
 |
| * Copie du livret de famille ou des actes de naissance, certificats de scolarité (enfants de plus de 16 ans)
 |
| * RQTH ou AAH et justificatif de pension d’invalidité
 |
|  |
|  |

*Mj 07/07/2020*

|  |
| --- |
| **FICHE DE RENSEIGNEMENTS** |
| Nom d’usage :  |  | Prénom :  |  |
| *Use name*  |  | *Name* |  |
| Nom de naissance : |  | Nationalité : |  |
| *Birth name* |  | *Nationality* |  |
| Né-e le : |  | A : |  | Dpt : |  |
| *Date of birth* |  | *Place of birth* | *Dpt :* |  |
| Nom du père : |  | Prénom du père: |  |
| *Father’s surname* |  | *Father’s name* |  |
| Nom de naissance de la mère : |  | Prénom de la mère: |  |
| *Mother’s maiden name* |  | *Mother’s name* |  |
| INSEE :  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Mail : |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Téléphone fixe :  |  | Téléphone portable :  |  |
| *Phone number* |  | *Mobile*  |  |
| Domicile en France : |  |
| *Adress in France* |  |
| Domicile à l’étranger: |  | Arrivée en France le :  |  |
| *Foreign adresse* |  | *Date of arrival in France* |  |
| Contact en cas d’urgence: |  | Tél. :  |  |
| *Emergency contact*  |  | *Phone number* |
| Êtes-vous porteur d'un handicap (facultatif) ? 🞎 OUI 🞎 NON  |
| *Do you have a handicap (optionnal) ?*  |
| Souhaitez-vous être mis en contact avec les correspondant handicap de l'établissement ? ☐ |
| *Would you like to contact Handicap referents ?* |
| Etes-vous adhérent de la PREFON ou de la MAGE? 🞎 OUI 🞎 NON  | Classe : |  |
|  |  |  |
| **SITUATION FAMILIALE**  / MARITAL STATUS |  |
| [ ]  Célibataire | [ ]   | depuis le : |  |
| *Single* |  | *since* |  |
| Nom d’usage du conjoint :  |  | Prénom du conjoint :  |  |
| *Wife / husband ‘s username* |  | *Wife / husband ‘s name* |  |
| Nom de naissance du conjoint : |  | Nationalité :  |  |
| *Wife / husband ‘s birthname* |  | *Nationality*  |  |
| [ ]  En activité / Nom et adresse de l’employeur : |  |
| *Employed / Name and adress of the employer* |  |
| [ ]  Sans profession  |
|  *Unemployed*  |
|  |  |
| **ENFANT∙S** / CHILD∙REN |  |
|  | **Noms et prénoms***Surname and name of the children* | **Date de naissance***Date of birth* | **Sexe***Gender* | **Lien juridique**(1)*Legal link* |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |

*(1) légitime, adopté, recueilli, confié*

|  |
| --- |
| **DIPLÔMES - TITRES UNIVERSITAIRES** / DIPLOMA CERTIFICATE - UNIVERSITY DEGREE |
| **Nature***Diploma* | **Année d’obtention***Graduation year* | **Établissement***University* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Etes -vous agrégé e (*Do you have an aggregation ?)* 🞎 OUI 🞎 NON - certifié e? 🞎 OUI 🞎 NON (si oui remplir la demande de congé sans traitement – Annexe 1)   |  |
| **DERNIÈRE SITUATION** / PREVIOUS SITUATION |
| ☐ Employé(e) dans un établissement public*Employed by a public company* |  | ☐ Employé(e) dans une entreprise privée*Employed by a private company* |
| ☐ Demandeur d’emploi depuis le : |  | ☐ Indemnisé(e) ☐ Non indemnisé(e) |
| *Unemployed* | *Since* |  | *With benefits*  | *Without benefits* |
| ☐ Autre (à préciser) :  |  |
| *Other situation*  |  |
| **Je déclare :** ☐ Ne pas avoir eu d'activité salariée durant les 24 mois antérieurs à mon embauche *I had no professionnal activities for the last 24 month before hiring*☐ Avoir eu des activités salariées durant les 24 mois antérieurs à mon embauche *I had professionnal activities for the last 24 month before hiring* |
|  |  |
| **CARRIÈRE (SECTEUR PUBLIC)** / PUBLIC EMPLOYERS | *Décrire l’ensemble des services* |
| **Etablissement-Service-Laboratoire/***Employer precise work place* | **Grade***Position* | **Fonction***Profession* | **Du***From* | **Au***To* | **Quotité***Quota* | **IB/Salaire****brut***Salary* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **CARRIÈRE (SECTEUR PRIVÉ)** / PRIVATE EMPLOYERS |
| **Etablissement***Company* | **Fonction***Profession* | **Du***From* | **Au***To* | **Quotité***Quota* | **Salaire***Salary* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.***I certify on my honour that I have verified the information in this form.* |
| **A** |  | **Le**  |  | **Signature de l’agent** |

|  |
| --- |
| **CONVOCATION AU CONTROLE MEDICAL** |

**Université Grenoble Alpes – 621 avenue Centrale – 38400 SAINT MARTIN D’HERES**

**Direction Générale Déléguée aux Ressources Humaines**

*Direction de la Gestion Individuelle et Collective*

*Direction des Contrats Spécifiques*

Le Président

A

En vue de votre installation, vous voudrez bien vous présenter à un médecin généraliste agréé, lui faire viser le certificat médical constituant la partie détachable du présent feuillet et nous le faire parvenir dans un délai de 15 jours au plus tard.

Le praticien étant agréé, vous n’avez pas à avancer le montant de la consultation.

Je vous précise que les honoraires seront remboursés directement par l’agence comptable de l’université

Grenoble Alpes, dans la limite du tarif conventionnel, sur présentation du ou des mémoires correspondants.

**Pour le Président et par délégation,**

**La Directrice Générale Déléguée aux Ressources**

**Humaines**

Carole KADA

****

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Personne à contacter pour votre règlement : Agnès LAURENT** Cellule Budget DGD RH - 621 avenue Centrale – Bât. Z10838400 Saint Martin d’Hères - agnes.laurent@univ-grenoble-alpes.fr**CERTIFICAT MEDICAL A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR UN MEDECIN AGREE OU MEDECIN DE L’ADMINISTRATION**  |
| **Direction Générale Déléguée aux Ressources Humaines**Certificat établi à la demande de l’Administration en vue de l’admission à un emploi public et délivré par un MEDECIN GENERALISTE AGRÉÉ\* | Je soussigné·e : ……………………………………………….…………….……….….………….………..*(NOM en lettres capitales et qualité)*Certifie avoir examiné ce jour : ……….……………………………………….….……….…………*(NOM et Prénoms en lettres capitales)*Et avoir constaté qu’il·elle n’est atteint·e d’aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l’intéressé·e ne sont pas incompatibles avec l’exercice des fonctions postulées.Au cas où le praticien de médecine générale a conclu à l’opportunité d’un examen complémentaire, l’intéressé·e est soumis·e à l’examen d’un médecin spécialiste agréé.OBSERVATIONS EVENTUELLES DU MEDECIN………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………….………………….* Montant honoraires : 25 euros

Fait à …………….……………………, le ……………………Signature*Retrouvez la liste des médecins agréés de la région à l’adresse* [*https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees*](https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees) *ou sur le site* [*https://www.ars.sante.fr/*](https://www.ars.sante.fr/) *pour les autres départements* |
|  |
| **MENTIONS OBLIGATOIRES** |
| NOM du MEDECIN  : Adresse : Numéro SIRET :Tel : Mail :**POUR VOTRE REGLEMENT** : - joindre un RIB |