

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018/2019
CHARGÉ D'ENSEIGNEMENT VACATAIRE

POST-DOCTORANT À SORBONNE UNIVERSITE

Dossier de :

RECRUTEMENT

RENOUVELLEMENT

COMPOSANTE D'ENSEIGNEMENT :

(UFR, Direction, Institut, Service...)

ÉTAT CIVIL

Civilité : Madame / Monsieur

Nom de famille : Nom d'usage :

Prénom(s) : Date de naissance :

Lieu de naissance : Département :

Pays : Nationalité :

Célibataire / Concubinage / Pacsé(e) / Marié(e) / Divorcé(e) / Veuf(ve)

N° de sécurité sociale : Clé :

Adresse : Rue :

Code postal : Ville :

Tel. domicile : Tél. professionnel :

Tel. mobile : Courriel :

Diplôme le plus élevé : Année d'obtention :

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PRINCIPALE

Je certifie être : Post-Doctorant

Date de début de contrat : Date de fin de contrat :

Service/Composante d'affectation :

Site :

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 Service des Personnels Enseignants de la Direction des Ressources Humaines de la Faculté des Sciences et Ingénierie.

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 prétendre à aucune rémunération.

Fait à : Le :

Signature de l'intéressé(e)

**PROPOSITION D'ENGAGEMENT
INFORMATIONS PRÉVISIONNELLES SUR LES ENSEIGNEMENTS À LA
FACULTÉ DES SCIENCES ET INGÉNIERIE**

Je, soussigné(e), Mme/M. _____ propose le recrutement de Mme/M. _____

afin d'effectuer les enseignements suivants :

Code enseignement	Intitulé enseignement	Section CNU	Nombre d'heures prévues			Conversion en heures équivalent TD	Période (S1/S2/A)	Date de début de l'intervention .../.../...	Date de fin de l'intervention .../.../...	Cycle (L/M/D)	Régime de formation (FI/FC/FA)	Enseignant-Chercheur responsable du recrutement
			CM	TD	TP							
Total HETD :												

FI = Formation Initiale
FC = Formation Continue
FA = Formation par Apprentissage

L = Licence
M = Master
D = Doctorat

S1 = 1er semestre
S2 = 2ème semestre
A = Annuel

Fait à Paris, le _____

Le Directeur de l'UFR ou du service

Cachet et Signature (obligatoire)

POST-DOCTORANT À SORBONNE UNIVERSITE
PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR
POUR UN PREMIER RECRUTEMENT OU UN RENOUVELLEMENT
À LA FACULTÉ DES SCIENCES ET INGENIERIE

Tous les documents doivent être transmis en français et être lisibles

Autorisation de cumul d'activités (**Annexe 1**)

- *Le service des personnels enseignants se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire nécessaire à l'étude de la recevabilité du dossier.*
- *Tout dossier incomplet retardera la rémunération des heures effectuées.*
- *La rémunération des vacances ne pourra être versée qu'après transmission à la DRH de l'attestation du service fait par le service ou la composante ayant assuré le recrutement du chargé d'enseignement vacataire.*

AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITÉS À TITRE ACCESSOIRE

Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif aux cumuls d'activités

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

STRUCTURE D'AFFECTATION (Service, composante, laboratoire) : _____

DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PRINCIPALE EXERCÉE :

Exercez-vous vos fonctions : A temps complet
 A temps partiel – Précisez la quotité : %

Effectuez-vous votre activité principale 1 607 heures par an ? Oui Non

Effectuez-vous votre activité accessoire en dehors de vos heures de travail ? Oui Non

Posez-vous des jours de congés pour effectuer votre activité accessoire ? Oui Non

DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ ACCESSOIRE OBJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE D'AUTORISATION :

A – Description de l'activité accessoire envisagée

Établissement d'exercice de l'activité accessoire :

Sorbonne Université

Etablissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel

Composante ou service d'enseignement : _____

Nature de l'activité accessoire : Enseignement Discipline : _____

Dates de début et de fin des enseignements : _____

Volume prévisionnel d'enseignement :

Cours magistraux (CM)	
Travaux dirigés (TD)	
Travaux pratiques (TP)	

Conditions de rémunération de l'activité :

Rémunération horaire selon les taux réglementaires fixés par l'arrêté du 6 novembre 1989 modifié.

B – Autre(s) cumul(s)

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoire(s) ?

Oui Ayant fait l'objet d'une autorisation de cumul Sans autorisation de cumul

Employeur :

Nature des fonctions :

Montant de la rémunération :

Non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

Fait à Le

Signature du demandeur :

AVIS DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE DIRECT :

Favorable
 Défavorable - Motif :

Fait à : Le

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL RELATIVE AU STATUT DE L'AGENT :

Je soussigné(e)
atteste que Mme/M.

- exerce dans mon établissement en qualité de Post-Doctorant
- accomplit au moins 900 heures de travail par an
- cotise au régime de l'IRCANTEC
- et que ses rémunérations sont supérieures inférieures au plafond de la sécurité sociale.
(Au 1^{er} janvier 2018 : 3 311 € brut mensuel)

DÉCISION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL PORTANT AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITÉ ACCESSOIRE :

Favorable
 Défavorable - Motif :

Fait à : Le

Important : En cas de changement substantiel dans les conditions d'exercice ou de rémunération de l'activité faisant l'objet de cette demande d'autorisation, il sera considéré que vous exercez une nouvelle activité, et vous devrez formuler une nouvelle demande d'autorisation. L'autorisation que vous sollicitez n'est pas définitive. L'autorité dont vous relevez peut s'opposer à tout moment à la poursuite d'une activité qui a été autorisée, si :

- l'intérêt du service le justifie,
- les informations sur le fondement desquelles l'autorisation a été donnée apparaissent erronées,
- l'activité autorisée perd son caractère accessoire.