

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017/2018 ÉTAT D'HEURES DE VACATIONS D'ENSEIGNEMENT

COMPOSANTE D'ENSEIGNEMENT :

Civilité : Madame / Monsieur
 Nom de naissance :
 Nom d'usage :
 Prénom(s) :
 Date de naissance :
 N° de sécurité sociale / Clé :
 Adresse mail :
 N° de téléphone :
 Intitulé de l'enseignement :
 Cycle d'enseignement : Licence / Master / Doctorat

Vacations payées sur

Masse Salariale État

Nombre d'heures effectuées			Période (S1/S2/A)	Date de début de l'intervention .../.../...	Date de fin de l'intervention .../.../...	Centre de coûts (*)	Élément OTP si convention (*)	Code destination (*)	Code convention (*)
CM	TD	TP							
.....
.....
.....

(*) Champs obligatoires pour un financement sur Ressources Propres ou Ressources Contractuelles

Je soussigné(e), certifie que la personne ci-dessus désignée a effectué les heures, objet du présent décompte, dans le respect des textes en vigueur et des règles statutaires.

Paris, le
 Le Responsable de la formation
 Cachet et Signature (obligatoire)

Paris, le
 Le Directeur de l'UFR ou du service ou de la Formation Continue
 Cachet et Signature (obligatoire)