

**DOSSIER DE RECRUTEMENT EN QUALITÉ DE :**

- CHARGÉ D'ENSEIGNEMENT VACATAIRE (CEV)  
 AGENT TEMPORAIRE VACATAIRE (ATV)

(décret n° 87-889 du 29 octobre 1987 modifié relatif aux conditions de recrutement et d'emploi de vacataires pour l'enseignement supérieur / Circulaire du 18 octobre 2012)

**Année universitaire 2016 / 2017**

**ATTENTION :**

- **Ne compléter qu'un seul feuillet A en cas d'intervention dans plusieurs composantes  
Autant de feuillet B que de composantes d'intervention**
- **Avant de compléter ce dossier, merci de prendre connaissance de la notice de recrutement des vacataires d'enseignement**

➤ **CE DOCUMENT DOIT ETRE ADRESSE A LA COMPOSANTE EN DEUX EXEMPLAIRES AVANT  
TOUTE INTERVENTION**

*(1 original pour l'établissement, 1 original pour l'intéressé)*

❖ **TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE**

1<sup>ère</sup> demande de l'année universitaire 2016-2017 : oui  non

Engagement sur plusieurs composantes d'enseignement (collèges, instituts, école...) non  oui

Si oui, lesquelles : .....

N° de sécurité sociale (Numéro INSEE) : \_ \_ \_ \_ \_ Clé : \_ \_

Monsieur  Madame

NOM D'USAGE: ..... Prénom : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Département : ..... Pays : ..... Nationalité : .....

Situation familiale :  Célibataire  Pacsé(e) / Concubinage  Marié(e)  Divorcé (e)  Veuf/veuve

Adresse personnelle : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

E-mail personnel (*obligatoire*): .....

Situation Professionnelle

- Chargé d'enseignement vacataire (CEV) :
- Agent de la fonction publique
  - Salarié du secteur privé
  - Dirigeant d'entreprise / Profession libérale / Travailleur indépendant
  - Auto-entrepreneur
- Attaché temporaire vacataire (ATV) :
- Etudiant de 3<sup>ème</sup> cycle
  - Retraité

Se reporter à la notice de recrutement des vacataires d'enseignements afin de fournir les justificatifs nécessaires en fonction de votre situation professionnelle

PRÉVISIONNEL D'HEURES DE VACATIONS D'ENSEIGNEMENT  
À L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX DURANT L'ANNÉE UNIVERSITAIRE 2016 / 2017  
(un prévisionnel à compléter par composante d'intervention)

COMPOSANTE d'enseignement: UFR Sciences Médicales ..... Discipline : Médecine.....

| Partie grisée réservée à la composante   |              |            |                              |                |    |    |                     |
|--|--------------|------------|------------------------------|----------------|----|----|---------------------|
| Intitulé de l'enseignement et du diplôme | Code de l'UE | S1 ou S2** | Nombre prévisionnel d'heures |                |    |    | Total heures éq. TD |
|  |              |            | Cours Magistraux             | Cours Intégrés | TD | TP |                     |
|  |              |            |                              |                |    |    |                     |
| Soit équivalent TD                       |              |            |                              |                |    |    |                     |

\* Semestre 1 ou Semestre 2

**Je certifie** avoir pris connaissance des dispositions du décret n° 87-889 du 29 octobre 1987. Je suis informé(e) que les heures effectuées seront payées sous réserve de répondre aux critères de recrutement et après service fait.

**Je m'engage** à informer sans délai l'université de Bordeaux de tout changement intervenant dans ma situation au cours l'année universitaire 2016/2017 et je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués.

**Lu et approuvé, le** \_\_\_\_\_ **Signature de l'intéressé(e) :** \_\_\_\_\_

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>Visa de l'enseignant responsable du recrutement</b> (<i>le cas échéant</i>) :</p> <p>Date :</p> <p>NOM et Prénom :</p> <p>Signature et cachet :</p> | <p><b>VISA du Directeur de la composante :</b></p> <p>Date :</p> <p>NOM et Prénom : DUBUS Pierre</p> <p>Signature et cachet :</p> | <p><b>Visa du Directeur du collège :</b></p> <p>Date :</p> <p>NOM et Prénom : PELLEGRIN Jean-Luc</p> <p>Signature et cachet :</p> |
|---|---|---|

Le Président de l'Université de Bordeaux arrête :

M.....

effectuera ..... heures d'enseignements (équivalent TD) du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 août 2017.

Fait à Bordeaux, le .....

Le Président de l'Université,

**AGENT DU SECTEUR PRIVÉ  
ATTESTATION D'ACTIVITÉ SALARIÉE**

(à compléter par l'employeur principal)

Je soussigné(e) : ....., organisme liquidateur de la rémunération principale,  
(Nom et qualité du signataire)

certifie que :

M.....  
(Nom et prénom)

Numéro de Sécurité Sociale 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- est employé(e) dans l'établissement suivant : .....  
en qualité de : .....

sous contrat à durée indéterminée <sup>1</sup>       sous contrat à durée déterminée <sup>1</sup>  
Date d'entrée : \_\_/\_\_/\_\_      Date de fin de fonction : \_\_/\_\_/\_\_

à temps plein <sup>1</sup>     à temps partiel <sup>1</sup> (préciser le nombre d'heures annuel) : .....

- qu'il(elle) y exerce une activité professionnelle d'au moins 900 heures pour la période du :  
**1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 août 2017**

- et que ses rémunérations <sup>1</sup> :

- ne dépassent pas le plafond des cotisations au régime général de la Sécurité Sociale (plafond mensuel : 3 218 € au 1<sup>er</sup> janvier 2016)
- dépassent le plafond des cotisations au régime général de la Sécurité Sociale

Régime de retraite (préciser) : .....

Fait à .....

le .....

Signature et cachet de l'employeur :

<sup>1</sup> Cocher la case correspondante

**AGENT DU SECTEUR PUBLIC (Hors Université de Bordeaux)  
AUTORISATION DE CUMUL DE L'ORDONNATEUR PRINCIPAL**

- Vu la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires
- Vu le décret 2007-658 du 2 mai 2007 modifié relatif aux cumuls d'activités

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **N° Sécurité Sociale :** .....

**I. Renseignements concernant la fonction principale :**

Grade / Profession : .....

Statut :  Titulaire ou  Contractuel/Auxiliaire sous contrat  à durée indéterminée <sup>1</sup>  à durée déterminée <sup>1</sup>  
Date d'entrée : \_\_/\_\_/\_\_ Date de fin de fonction : \_\_/\_\_/\_\_  
Service à  temps complet  temps partiel (préciser le nombre d'heures annuel) : .....

Etablissement d'origine : .....

Adresse : .....

**II. Renseignements concernant la fonction secondaire :**

Etablissement : **Université de Bordeaux** Situation statutaire : chargé d'enseignement vacataire  
Modalités de la rémunération : vacation Nombre d'heures d'enseignement prévues sur 2016/2017 : .....

**III. Date d'effet :** du 01/09/2016 au 31/08/2017

**IV. Renseignements généraux :**

L'intéressé(e) exerce-t-il d'autres activités relevant de la réglementation sur les cumuls<sup>1</sup> :  OUI  NON

Temps de travail consacré/Rémunérations à ce titre : .....

|                      |                               |
|----------------------|-------------------------------|
| Fait à .....le ..... | Signature de l'intéressé(e) : |
|----------------------|-------------------------------|

**V. AVIS et signature du supérieur hiérarchique de l'agent (OBLIGATOIRE) :**

|                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| Fait à .....le .....                | Nom et prénom du signataire : |
| Cachet de l'autorité hiérarchique : | Signature :                   |

*En apposant son visa, le supérieur hiérarchique certifie l'exactitude des renseignements fournis par le demandeur et atteste qu'il accomplit les obligations statutaires afférentes à son emploi.*

**VI. AVIS et signature du service liquidateur, chargé de verser le traitement principal de l'agent (OBLIGATOIRE) :**

Je soussigné(e) : .....  
certifie que les rémunérations <sup>1</sup> de M..... :

- ne dépassent pas le plafond des cotisations au régime général de la Sécurité Sociale (plafond mensuel : 3 218 € au 1<sup>er</sup> janvier 2016)
- dépassent le plafond des cotisations au régime général de la Sécurité Sociale
- sont soumises au régime fonctionnaire de la Sécurité Sociale (avec pension civile)
- sont soumises à un régime particulier de Sécurité Sociale

Précisez la nature du régime : .....

Régime de retraite (préciser) : ..... Référence du compte cotisant à l'URSSAF de l'employeur : .....

L'intéressé(e) cotise-t-il(elle) à l'IRCANTEC ? OUI  NON

|                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| Fait à .....le .....    | Nom et prénom du signataire : |
| Cachet de l'employeur : | Signature :                   |

<sup>1</sup> Cocher la case correspondante