



**UNIVERSITÉ INTER-AGES NORMANDIE**  
**FICHE DE RECRUTEMENT**  
**CONFÉRENCIER**

Année 2019 / 2020

Veuillez renseigner précisément chaque rubrique et nous retourner ce document dûment complété dès réception.  
Pour nous permettre d'effectuer **les démarches légales d'embauche avant la première séance.**

Discipline : .....

Monsieur  Madame

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Nom de jeune fille : .....

célibataire  marié(e)  autres (préciser) :

N° de sécurité sociale : .....

Né(e) le ..... à .....

Adresse personnelle : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

☎ : ..... @ : .....

Intervention Bénévole  Intervention Rémunérée

Profession : .....

Employeur principal : .....

**DÉPLACEMENT : INFORMATION FRAIS KILOMETRIQUES**

Si la ville d'exercice pour l'UIA est différente du lieu d'exercice professionnel habituel  
Si distance inférieure à 20 km A/R = 0€  
Si distance supérieure à 20km A/R = distance au 1<sup>er</sup> km X taux en vigueur (mars 2019 =0,31€)  
Selon source Mappy.fr, lieu d'activité - antenne, le plus rapide, sans péage, Maximum 250 km A/R

Madame Monsieur : .....

Atteste avoir pris connaissance des conditions de remboursement des frais de déplacement.  
 Renonce aux remboursements des frais de déplacement.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité à l'UIA Normandie et leurs utilisations sont destinées à des statistiques. Vous disposez d'un droit de rectification et/ou de vous opposer au traitement de celles-ci.

Date : ...../...../.....

Signature précédée de la mention « *bon pour accord* » :

→ *Tournez SVP*

**Ce verso n'est pas utile pour les BENEVOLES**

**ATTENTION : votre recrutement sera validé seulement si votre dossier est dûment rempli et si les pièces demandées sont jointes.**

**○ AGENT DE LA FONCTION PUBLIQUE**

**Non concerné par la rubrique « complémentaire santé »** (bas de page)

Titulaire       Contractuel

**Documents à fournir :**

- Photocopie de bulletin de salaire récent
- RIB
- Photocopie de votre carte Vitale

**○ DEMANDEUR D'EMPLOI**

**Documents à fournir :**

- L'attestation délivrée par POLE EMPLOI
- RIB
- Photocopie de votre carte Vitale
- Justificatif de complémentaire santé (cf bas de page).

**○ RETRAITE**

**Documents à fournir :**

- Photocopie de notification de retraite
- RIB
- Photocopie de votre carte Vitale,
- Justificatif de complémentaire santé (cf bas de page).

**○ SALARIE DU SECTEUR PRIVE**

**Documents à fournir :**

- Photocopie de bulletin de salaire récent
- RIB
- Photocopie de votre carte Vitale
- Justificatif de complémentaire santé (cf bas de page).

**○ PROFESSION LIBERALE, TRAVAILLEUR INDEPENDANT, AUTO-ENTREPRENEUR**

**Documents à fournir :**

- Justificatif de statut (n° SIRET)
- RIB

---

**COMPLEMENTAIRE SANTE LOI 911.1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE.**

- Je reconnais avoir reçu en document joint la **D.U.E.** Décision Unilatérale d'Employeur (6 pages)
- Je souhaite adhérer
- Je renonce à l'adhésion proposée pour cas de dispense selon le cas définis dans l'article D.911.2 du Code de la sécurité sociale de la DUE jointe, et **vous adresse copie de mon justificatif de mutuelle.**

**Toute demande de dispense incomplète et/ou tout retour de justificatif hors délai entraînera l'adhésion systématique du salarié au régime collectif de remboursement de frais de santé.**

*Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis*

Date :

Signature (obligatoire) :