**FICHE D'INFORMATIONS - AGENT**

**COLLECTIVITE :** ................................................................................................. ..........................................................................................................................

**Etat-civil**

**Nom patronymique :** ..................................... ...... **Prénom :** ................................

**Nom marital :** ............................................................................................

**Situation familiale** : ....................... **Nationalité :** ............ ...........................

**Date et lieu de naissance :** .......................... **à** ...........................................

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

**Numéro de Sécurité sociale**

**Adresse :** ............................................................................................................................

............................................................................................................................

**Demande à percevoir le SFT : Oui Non**

**Si oui, enfants :**

 **Nom :**

 **Prénom :**

 **Date de naissance :**

**Situation administrative de l'agent dans la collectivité**

**L'agent a-t-il déjà travaillé dans la collectivité (***Oui / Non***) :**………….....................

**Date de recrutement :** ................................... **Grade ou emploi :** .......................

**Echelon : ………….. IB : ………………. IM : ……**……………

**Qualité** (*cocher, ci-dessous, la case correspondante*) **:**

* Titulaire + de 28 heures hebdomadaires
* Titulaire – de 28 heures hebdomadaires
* Non titulaire de droit public
* Forfaitaire
* CUI-CAE, PEC
* Horaire
* Vacataire
* Apprenti
* Stagiaire de l’enseignement

**Fournir le contrat**

**Temps de travail**

►Cocher la case correspondante :

* Temps Complet
* Temps Non Complet (préciser la durée hebdomadaire) .......... /35 heures
* Horaire variant tous les mois (préciser chaque mois le nombre d’heures sur la fiche navette de l’agent)

**L'agent travaille t il dans une/des autre(s) collectivité (***Oui / Non***) :……………..**

**Si oui, préciser les autres employeurs et le temps de travail dans chaque collectivité.**

**…………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………….**

**Prélèvements supplémentaires éventuels**

►**Complémentaire santé :**

Organisme : ....................................

Montant prélèvement : ....................€

Participation employeur : …………..% ou €

►**Contrat de prévoyance :**

Organisme : ....................................

Montant prélèvement : ....................€

Participation employeur : …………..% ou €

►**Autres prélèvements** :

Préciser la nature, l'organisme destinataire, le montant etc :

............................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................

**Fournir les fiches de paramétrages DSN**

**Primes ou indemnités supplémentaires perçues**

A préciser :

Nature : ................... Montant : ......................€ Périodicité versement : ......................

Nature : ................... Montant : ......................€ Périodicité versement : ......................

Nature : ................... Montant : ......................€ Périodicité versement : ......................

Nature : ................... Montant : ......................€ Périodicité versement : ......................

**Renseignements complémentaires éventuels**

A préciser :

............................................................................................................................

............................................................................................................................

**Fournir le RIB de l’agent**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date et Cachet de la collectivité :**  | **Signature de l'autorité territoriale :**  |