



# PRESTATION INTERIM : DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Mise à jour : décembre 2022

Le/la Maire ou le/la Président.e de \_\_\_\_\_ demande la prise en charge par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Puy-de-Dôme de l'agent désigné ci-dessous et charge le Centre de Gestion de signer un contrat de travail avec cet agent et d'établir une convention avec la collectivité.

## AGENT

Nom-Prénom de l'agent :

Date et lieu de Naissance :

Adresse

Téléphone portable (Obligatoire) :

Courriel (Obligatoire)

## Références bancaires

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code banque

Code guichet

N° de Compte

Clé



**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)**

## CONGES

Congés à compter du

à payer

à prendre

## MOTIF DE LA MISSION

Remplacement d'un Fonctionnaire ou d'un agent contractuel article 3-1 de la loi du 84-53 du 26 Janvier 1984.

Nom du Fonctionnaire ou du contractuel :

Motif de l'absence :

Grade :

Emploi pour accroissement temporaire d'activité article 3-1-1° de la loi n° 84-53 du 26 Janvier 1984.

Type d'Emploi créé :

Grade :

Emploi pour accroissement saisonnier d'activité article 3-1-2° de la loi n° 84-53 du 26 Janvier 1984.

Type d'Emploi créé :

Grade :

**DUREE DE LA MISSION** (liée au motif)

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**REMUNERATION****Traitement de base**

Echelle :

Echelon :

Indice Brut :

Indice Majoré :

**Nombre d'heures**

Par semaine :

Par mois :

**Primes et indemnités à verser**

Nature de la Prime ou de l'Indemnité	Montant de la Prime ou de l'Indemnité

**JOINDRE COPIE DE LA DÉLIBÉRATION AUTORISANT LE VERSEMENT DE CES PRIMES OU INDEMNITÉS AUX AGENTS CONTRACTUELS****SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

Nombre d'Enfants à charge :

Je soussigné(é) - Nom et Prénom - :

demande à percevoir le supplément familial de traitement

Je certifie sur l'honneur :

que je ne suis pas marié(e)

ou

que mon conjoint ne perçoit pas déjà le supplément familial de traitement

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

**SECURITE SOCIALE**

N° de Sécurité Sociale :

Je soussigné(e) - Nom et Prénom - : \_\_\_\_\_ certifie

avoir déjà exercé une activité salariée et avoir été à ce titre déclaré(e) à la Sécurité Sociale



**JOINDRE PHOTOCOPIE DE CARTE SÉCURITÉ SOCIALE**

n'avoir jamais exercé d'activité salariée et ne pas avoir été déclaré(e) à la Sécurité Sociale

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

**CACHET ET SIGNATURE DE LA COLLECTIVITÉ****PIÈCES À JOINDRE À LA PRISE EN CHARGE**

- 1 RIB
- 1 photocopie carte d'identité
- 1 photocopie du livret de famille avec les enfants
- 1 Relevé CAF (si enfants)
- 1 photocopie de la carte de Sécurité Sociale (affiliation CPAM obligatoire)
- 1 Certificat de Scolarité pour les enfants âgés de 16 ans et plus si SFT
- 1 Attestation du conjoint ou de l'employeur du conjoint ne percevant pas le SFT
- État Civil des parents de l'agent (uniquement pour les agents nés à l'étranger)