**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023/2024**

**CHARGÉ D’ENSEIGNEMENT VACATAIRE**

**POST-DOCTORANT À SORBONNE UNIVERSITE**

**Dossier de :**

**RECRUTEMENT RENOUVELLEMENT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSANTE D’ENSEIGNEMENT :** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **(UFR, Direction, Institut, Service…)** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **ÉTAT CIVIL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Civilité : | | 🞎 Madame / 🞎 Monsieur | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| Nom de famille : | | | | | | |  | | | | | | | Nom d’usage : | | | |  | | | | | | |  | |
| Prénom(s) : | | | |  | | | | | | | | | | Date de naissance : | | | | | | |  | | | |  | |
| Lieu de naissance : | | | | | | | | |  | | | | | Département : | | | |  | | | | | | |  | |
| Pays : |  | | | | | | | | | | | | | Nationalité : | | |  | | | | | | | |  | |
| 🞎 Célibataire / 🞎 Concubinage / 🞎 Pacsé(e) / 🞎 Marié(e) / 🞎 Divorcé(e) / 🞎 Veuf(ve) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de sécurité sociale : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Clé : |  | |  | |
| Adresse : | | | Rue : | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | Code postal : | | | | | | | | |  | | Ville : |  | | | | | | | | | |  | |
| Tel. domicile : | | | | | |  | | | | | | | | Tél. professionnel : | | | | | |  | | | | |  | |
| Tel. mobile : | | | | |  | | | | | | | | | Courriel : | |  | | | | | | | | |  | |
| Diplôme le plus élevé : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Année d’obtention : | | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PRINCIPALE** | | | | | | | |
| **Je certifie être :** | | Post-Doctorant | | | | |  |
| Date de début de contrat : | | |  | | Date de fin de contrat : |  |  |
| Service/Composante d’affectation : | | | |  | | |  |
| Site : |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements ci-dessus et m’engage à notifier toute modification qui interviendrait dans ma situation professionnelle. Je déclare avoir pris connaissance des conditions de recrutement prévues par le décret n° 87-889 du 29 octobre 1987 et m’engage à ne pas débuter les heures d’enseignement avant acceptation du dossier de recrutement par le Service des Personnels Enseignants de la Direction des Ressources Humaines de la Faculté des Sciences et Ingénierie.*  *Je prends note que l’absence de production des pièces requises par la réglementation en vigueur rend impossible mon recrutement et que je ne pourrai prétendre à aucune rémunération.* | | | | |
| Fait à : |  | Le : |  |  |
| ***Signature de l’intéressé(e)*** | | | | |

|  |
| --- |
| **PROPOSITION D’ENGAGEMENT**  **INFORMATIONS PRÉVISIONNELLES SUR LES ENSEIGNEMENTS À LA FACULTÉ DES SCIENCES ET INGÉNIERIE** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Je, soussigné(e), Mme/M. | | |  | | | | | | | propose le recrutement de Mme/M. | | | |  | | | |
| afin d’effectuer les enseignements suivants : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Code enseigne-ment** | **Intitulé**  **enseignement** | | | **Section**  **CNU** | **Nombre d’heures prévues** | | | | **Conversion en heures équivalent TD** | | **Période**  **(S1/S2/A)** | **Date de début de l’intervention**  **…/…/…** | **Date de fin de l’intervention**  **…/…/…** | | **Cycle**  **(L/M/D)** | **Régime de formation**  **(FI/FC/FA)** | **Enseignant-Chercheur responsable**  **du recrutement** | |
| **CM** | **TD** | | **TP** |
|  |  | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Total HETD :** | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |
|  | **FI = Formation Initiale**  **FC = Formation Continue**  **FA = Formation par Apprentissage**  **L = Licence**  **M = Master**  **D = Doctorat**  **S1 = 1er semestre**  **S2 = 2ème semestre**  **A = Annuel** | | | |  | | |
| |  | | --- | | **A titre d’information : Taux horaires (brut) fixé par arrêté ministériel en vigueur depuis février 2017.**  **CM : 65,22** €  **TD : 43,50** €  **TP : 28,98** € | | | | | | | | |  | | |
|  | | |
|  | | |
| Fait à Paris, le | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

**Le Directeur de l’UFR ou du service**

**Cachet et Signature *(obligatoire)***

|  |
| --- |
| POST-DOCTORANT À SORBONNE UNIVERSITE  PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR  **POUR UN PREMIER RECRUTEMENT OU UN RENOUVELLEMENT**  **À LA FACULTÉ DES SCIENCES ET INGENIERIE** |

**Tous les documents doivent être transmis en français et être lisibles**

🞏 Autorisation de cumul d’activités **(Annexe 1)**

**Attention, seule la DRH dont relève l’agent a compétence pour autoriser et signer une autorisation de cumul.**

**Il vous appartient de refuser le dossier ne comprenant que le formulaire de demande visé par son supérieur hiérarchique.**

* ***Le service des personnels enseignants se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire nécessaire à l'étude de la recevabilité du dossier.***
* ***Tout dossier incomplet retardera la rémunération des heures effectuées.***
* ***La rémunération des vacations ne pourra être versée qu’après transmission à la DRH de l’attestation du service fait par le service ou la composante ayant assuré le recrutement du chargé d’enseignement vacataire.***

|  |  |
| --- | --- |
| **ANNEXE 1** | **ANNÉE 2023/2024** |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION DE CUMUL D’ACTIVITÉS À TITRE ACCESSOIRE** |

*Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif aux cumuls d'activités*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM :** |  | **PRÉNOM :** |  | |
| STRUCTURE D’AFFECTATION (Service, composante, laboratoire) : | | | |  |
|  | | | | |

**DESCRIPTION DE L’ACTIVITÉ PRINCIPALE EXERCÉE :**

Exercez-vous vos fonctions : 🞎 A temps complet

🞎 A temps partiel – Précisez la quotité : ……………… %

Effectuez-vous votre activité accessoire en dehors de vos heures de travail ? 🞏 Oui 🞏 Non

Posez-vous des jours de congés pour effectuer votre activité accessoire ? 🞏 Oui 🞏 Non

**DESCRIPTION DE L’ACTIVITÉ ACCESSOIRE OBJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE D’AUTORISATION :**

**A – Description de l’activité accessoire envisagée**

Établissement d’exercice de l’activité accessoire :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sorbonne Université | |  |
| Etablissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel | |  |
| Composante ou service d’enseignement : |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature de l’activité accessoire : | Enseignement |  | Discipline : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dates de début et de fin des enseignements : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Volume prévisionnel d’enseignement : | Cours magistraux (CM) |  |
|  | Travaux dirigés (TD) |  |
|  | Travaux pratiques (TP) |  |

Conditions de rémunération de l’activité :

Rémunération horaire selon les taux réglementaires fixés par l’arrêté du 6 novembre 1989 modifié.

**B – Autre(s) cumul(s)**

Exercez-vous déjà une ou plusieur(s) activité(s) accessoire(s) ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞏 Oui | 🞏 Ayant fait l’objet d’une autorisation de cumul | | | | 🞏 Sans autorisation de cumul |
|  | | | | |
| **Employeur :** |  | | | |
| **Nature des fonctions :** | |  | | |
| **Montant de la rémunération :** | | |  | |
| 🞏 Non |  | | | | |

Je certifie sur l’honneur l’exactitude des informations déclarées ci-dessus.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fait à |  | Le |  |

Signature du demandeur :

**AVIS DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE DIRECT :**

🞎 Favorable

🞎 Défavorable - Motif : ……………………………………………………………………………………………

Fait à : …………… Le ..................... Signature :

**DÉCISION DE L’EMPLOYEUR PRINCIPAL PORTANT AUTORISATION DE CUMUL D’ACTIVITÉ ACCESSOIRE :**

🞎 Favorable

🞎 Défavorable - Motif : ……………………………………………………………………………………………

Fait à : ………….. Le ………………… Signature

**ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR PRINCIPAL RELATIVE AU STATUT DE L’AGENT :**

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………………………………………….

atteste que Mme/M. ……………………………………………………………………………………………………

- exerce dans mon établissement en qualité de : 🞎 Titulaire 🞎 Non titulaire

- accomplit au moins 900 heures de travail par an

- cotise au régime de l’IRCANTEC : 🞎 OUI 🞎 NON

- et que ses rémunérations sont 🞎 supérieures 🞎 inférieures au plafond de la Sécurité sociale.

(Au 1er janvier 2023 : 3 666 € bruts mensuels)

***Important :*** *En cas de changement substantiel dans les conditions d’exercice ou de rémunération de l’activité faisant l’objet de cette demande d’autorisation, il sera considéré que vous exercez une nouvelle activité, et vous devrez formuler une nouvelle demande d’autorisation. L’autorisation que vous sollicitez n’est pas définitive. L’autorité dont vous relevez peut s’opposer à tout moment à la poursuite d’une activité qui a été autorisée, si :*

* *l’intérêt du service le justifie,*
* *les informations sur le fondement desquelles l’autorisation a été donnée apparaissent erronées,*
* *l’activité autorisée perd son caractère accessoire.*