

DOSSIER D'EMBAUCHE

Comment remplir votre dossier d'embauche ?	Pages à compéter	Annexes vous concernant
Vous êtes personnel administratif et technique (hors apprenti)	Pages 3 – 4	Annexes 1 – 2 – 3
Vous être personnel enseignant, enseignant-chercheur, chercheur	Pages 3 – 4 – 5 – 6	Annexes 1 – 2 – 3
Vous êtes apprenti	Pages 3 – 4	Annexes 3 – 4

Quels documents à transmettre avec votre dossier d'embauche ?

Pièces OBLIGATOIRES nécessaires à l'installation administrative et financière :

- ☐ Pièce d'identité recto-verso ou passeport (en cours de validité)
- ☐ Relevé d'identité bancaire (RIB) à votre nom et prénom.
A noter : Pour des raisons réglementaires liées à la garantie de libération des paiements (GBCP), les comptes de type WISE, HELIOS et certains établissements financiers similaires ne permettent pas le versement des rémunérations. Il est donc obligatoire de fournir un RIB issu d'un établissement bancaire conforme aux exigences en vigueur.
- ☐ Attestation de sécurité sociale
- ☐ Diplôme le plus élevé (et HDR, le cas échéant)
- ☐ Copie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance du/des enfants ou de la transcription de la décision d'adoption
- ☐ Justificatif situation familiale (mariage, concubinage, PACS, divorce, séparation, veuf)
- ☐ Certificat de cessation de paiement (public) ou solde de tout compte (privé)
- ☐ Titre de séjour ou visa (pour les ressortissants étrangers)
- ☐ Mention RGPD à compléter et signer
- ☐ Fiche de renseignements à compléter

Pièces complémentaires à fournir selon votre situation personnelle :

Vous êtes concerné par la situation suivante :	Documents à joindre à votre dossier d'embauche
Enfants à charge	☐ Demande de Supplément Familial de Traitement (annexe 1 et/ou annexe 2)
Handicap	☐ RQTH ou AAH et justificatif de pension d'invalidité
Fonctions exercées dans le secteur public	☐ Justificatifs de la carrière dans le secteur public (attestations de travail)
Protection sociale complémentaire (mutuelle)	Attestation de votre complémentaire santé pour la prise en charge partielle des cotisations (annexe 3)
Apprenti	☐ Convocation au contrôle médical (annexe 4)

MENTION RGPD : DOSSIER D'EMBAUCHE + ANNEXES

L'Université Grenoble Alpes, responsable de traitement, collecte des données personnelles vous concernant nécessaires au traitement de la gestion administrative et paie liées à votre recrutement au sein de l'établissement.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, concernant ces données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter dgdrh-dgcp-dir@univ-grenoble-alpes.fr ou le délégué à la protection des données de l'établissement : dpo@grenet.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.

☐ *J'atteste avoir pris connaissance de la mention RGPD ci-dessus.*

☐ *J'atteste avoir pris connaissance des informations contenues sur la page "Nouvel arrivant" (lien en 1^{re} page)*

☐ *Je déclare sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements mentionnés sur la fiche de renseignement (pages 3,4 et 5).*

☐ *Je m'engage à signaler également, tout changement de situation personnelle et/ou professionnelle tout au long de ma carrière.*

A _____ Le _____

Signature de l'agent :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage¹ : _____ Prénom : _____

¹ Le nom d'usage sera utilisé pour la diffusion de toute information interne (listes électorales, arrêtés, paie ...), la création de l'adresse de messagerie, et doit être utilisé pour toutes les correspondances administratives professionnelles (en lien direct ou non avec l'UGA)

Nom de naissance : _____

Nationalité : _____

Né(e) le : _____

A : _____ Dpt : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Mail personnel (obligatoire, pour votre installation administrative) : _____

Téléphone portable : _____

Adresse (en France) : _____

Contact en cas d'urgence : _____

Tél : _____

Pour les agents nés à l'étranger :

Dans la démarche de demande de casier judiciaire, nous avons besoin des éléments suivants :

Nom du père : _____ Prénom du père : _____

Nom de naissance de la mère : _____ Prénom de la mère : _____

Adresse à l'étranger : _____

Arrivée en France le : _____

SITUATION FAMILIALE

Cocher la case correspondante :

Célibataire : ☐ Divorcé(e) : ☐ depuis le _____

Concubinage : ☐ depuis le _____ Veuf(ve) : ☐ depuis le _____

Pacsé(e) : ☐ depuis le _____ Séparé(e) : ☐ depuis le _____

Marié(e) : ☐ depuis le _____

Nom d'usage du conjoint/concubin : _____

Prénom du conjoint/concubin : _____

Nom de naissance du conjoint/concubin : _____

ENFANTS

Avez-vous des enfants ?

☐ Oui (fournir le livret de famille et se reporter aux annexes 1 et 2)

☐ Non

SITUATION MILITAIRE

Avez-vous effectué une carrière militaire ?

- ☐ Oui (*fournir un état signalétique et des services*)
☐ Non

DERNIÈRE SITUATION

- ☐ Employé(e) dans un établissement public (*fournir certificat de cessation de paiement*)

Coordonnées RH de votre dernier employeur : Nom, numéro téléphone et adresse mail (*obligatoire, pour prise en charge paie et carrière*) _____

- ☐ Employé(e) dans une entreprise privée (*fournir solde de tout compte*)
- ☐ Autre (*dirigeant d'une société ou d'une association, auto entrepreneur, étudiant, emploi à l'étranger, apprentissage...*) : _____
- ☐ Demandeur d'emploi (*fournir attestation de radiation*)

CARRIERE (SECTEUR PUBLIC) à fournir obligatoirement

Avez-vous eu des contrats dans le secteur public ?

- ☐ Oui (si oui, fournir obligatoirement les pièces ci-dessous)
☐ Non

- Les attestations de travail pour chaque emploi comprenant les informations suivantes : dates, quotité, niveau d'emploi, catégorie et fonctions.
 - Un état des services publics,
- Ou**
- Copie de vos contrats de travail.

Ces informations sont essentielles pour :

- Fiabiliser votre carrière dans notre système d'information RH
- Prendre en compte vos possibilités en matière de promotion, de participation aux concours et d'avancement...

ENSEIGNANT, ENSEIGNANT-CHERCHEUR TITULAIRE OU CONTRACTUEL CHERCHEUR

Arrivez-vous sur ce poste suite à ?

☐ Réussite concours ☐ Mutation/détachement ☐ Recrutement contractuel

Si oui, contact RH de votre université d'origine (mail, téléphone) _____

Discipline d'enseignement : _____

Section C.N.U. : _____ Sous-section C.N.U. : _____

Laboratoire d'affectation : _____

Etes-vous titulaire **d'un doctorat** ?

☐ Oui *joindre un justificatif* ☐ Non

Directeur de thèse : _____

Etes-vous titulaire **d'une Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)** ?

☐ Oui *joindre un justificatif* ☐ Non

Bénéficiez-vous de la **PEDR (Prime d'Encadrement Doctoral et de Recherche)** ou la **prime individuelle RIPEC 3** dans votre établissement d'origine ?

☐ Oui *joindre un justificatif* ☐ Non

Avez-vous déposé votre candidature à la prime individuelle RIPEC 3 cette année ?

☐ Oui *joindre un justificatif* ☐ Non

Avez-vous déposé votre candidature à une mobilité (Délégation ou CRCT) cette année ?

☐ Oui *joindre un justificatif* ☐ Non

Etes-vous membre de l'IUF (Institut Universitaire de France) ?

☐ Oui, date de début : _____ ☐ Non
joindre un justificatif

PERSONNEL ENSEIGNANT DU 1ER ET SECOND DEGRE

Avez-vous effectué votre formation supérieure à l'ENS, à l'INSPE ? ☐ Oui *joindre un justificatif* ☐ Non

Etes-vous titulaire du CAPET, CAPES, Agrégation ? ☐ Oui *joindre un justificatif* ☐ Non

Etes-vous titulaire du CAFIMF ? ☐ Oui *joindre un justificatif* ☐ Non

(Certificat d'aptitude aux fonctions d'instituteur, maître formateur)

ANNEXE 1 : DEMANDE SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT)

Le Supplément Familial de Traitement (SFT) est un complément de rémunération qui peut être versé à tout agent public (fonctionnaire ou contractuel hors forfaitaire) qui a au moins 1 enfant de moins de 20 ans à charge (au sens des prestations familiales).

[Information UGA "Nouvel arrivant"](#)

PIECES A FOURNIR

I. **En fonction de la situation familiale, justificatifs à fournir obligatoirement**

- Attestation sur l'honneur du conjoint de la non perception du SFT (pour agent sans emploi ou activité indépendante)
- Attestation de paiement CAF (www.caf.fr) à partir de 2 enfants ou à défaut copie de l'avis d'imposition justifiant de la charge effective et permanente des enfants

Pour les enfants de 16 à 20 ans, fournir chaque année selon la situation :

- Certificat de scolarité
- Contrat d'apprentissage + dernier bulletin de salaire pour les enfants apprentis ou salariés
(Le salaire net ne devra pas dépasser 55% du SMIC brut)
- Déclaration sur l'honneur pour les enfants sans activité

II. **Pièces complémentaires en cas de séparation ou de divorce**

Selon votre situation :

- Jugement du divorce **ou** attestation précisant le mode de garde des enfants pour les agents divorcés/séparés **ou** une déclaration commune des parents (*double signature*) précisant le parent ayant la charge effective de l'enfant (*À défaut ; Avis d'imposition permettant d'identifier le mode de garde*)

Si garde alternée, voir annexe 1 :

• **Annexe 1 : Choix du bénéficiaire en cas de garde alternée**

- Si le choix est le partage de SFT à parts égales :
- Pièce identité de l'ex conjoint
- Fiche de paie de l'ex conjoint si agent public ou attestation de l'employeur sur l'indice détenu.
- Attestation de l'employeur de l'ex conjoint attestant la non perception de SFT (employeur privé) ou attestation sur honneur de non perception (sans activité professionnelle)
- RIB de l'ex conjoint

Sans réception des éléments de l'ex conjoint pour la mise en place du partage, seul l'agent UGA percevra la part qui lui revient.

- Si le choix est de verser le SFT en totalité au parent salarié de l'UGA :
- Attestation de l'employeur de l'ex conjoint attestant la non perception de SFT (employeur privé) ou attestation sur honneur de non perception (sans activité professionnelle)

Autres cas

Il existe de nombreux cas particuliers (remariage...) pour lesquels d'autres pièces pourront vous être demandés par votre gestionnaire RH et paie.

Fiche de renseignements Supplément Familial de Traitement

1- Enfants à la charge du demandeur

	Nom, Prénom des enfants <i>Surname, First name of children</i>	Date de naissance <i>Date of birth</i>	Mode de garde <i>Child care</i>	Situation de l'enfant <i>Children's situation</i>	Perçoit-il une aide au logement ? <i>Does he receive housing assistance?</i> <i>Votre enfant</i>
1			☐ Exclusive ☐ Alternée ☐ Autre	☐ Scolarisé-e ☐ Apprenti-e ☐ Étudiant-e ☐ Salarié-e ☐ Sans activité professionnelle	☐ Oui ☐ Non
2			☐ Exclusive ☐ Alternée ☐ Autre	☐ Scolarisé-e ☐ Apprenti-e ☐ Étudiant-e ☐ Salarié-e ☐ Sans activité professionnelle	☐ Oui ☐ Non
3			☐ Exclusive ☐ Alternée ☐ Autre	☐ Scolarisé-e ☐ Apprenti-e ☐ Étudiant-e ☐ Salarié-e ☐ Sans activité professionnelle	☐ Oui ☐ Non
4			☐ Exclusive ☐ Alternée ☐ Autre	☐ Scolarisé-e ☐ Apprenti-e ☐ Étudiant-e ☐ Salarié-e ☐ Sans activité professionnelle	☐ Oui ☐ Non
5			☐ Exclusive ☐ Alternée ☐ Autre	☐ Scolarisé-e ☐ Apprenti-e ☐ Étudiant-e ☐ Salarié-e ☐ Sans activité professionnelle	☐ Oui ☐ Non

En cas de séparation ou de divorce, précisez la situation professionnelle de l'ex conjoint/concubin/partenaire PACS :

☐ UGA ☐ Autre secteur public ☐ Secteur privé ☐ Sans emploi Depuis le : _____

Date de signature du jugement de divorce ou de la convention de séparation en cours de validité

2- Situation professionnelle du conjoint ou concubin ou partenaire de Pacs

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

☐ UGA ☐ Autre secteur public ☐ Secteur privé ☐ Sans emploi

Depuis le : _____

Si conjoint du demandeur « Autre secteur public » ou « secteur privé » est coché, veuillez faire compléter l'attestation ci-dessous.

**Attestation de l'employeur du conjoint
(conjoint du demandeur secteur public (hors UGA) ou privé)**

Le Directeur de l'organisme soussigné certifie que,

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Employé en qualité de _____

Depuis le : _____

☐ Atteste ne pas percevoir de supplément familial de traitement depuis le :

☐ Atteste ne plus percevoir de supplément familial de traitement à compter du :

☐ Atteste percevoir un supplément familial de traitement depuis le :

Fait à : _____ , le : _____

Cachet et signature de l'employeur du conjoint :

**DÉCLARATION DE CHOIX DU BÉNÉFICIAIRE
(Agents publics uniquement)**

Choix bénéficiaire :

Les deux membres du couple désignent d'un commun accord : _____

Comme bénéficiaire du supplément familial de traitement à compter du _____

Choix Indice : Les deux agents fonctionnaires désignent, d'un commun accord, l'INM de l'agent à partir duquel le calcul du SFT sera effectué. **Fournir le dernier bulletin de salaire de l'agent concerné** (sauf agent UGA)

Nom Prénom de l'agent concerné : _____

Je soussigné certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et m'engage à prévenir immédiatement l'UGA de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au supplément familial de traitement.

Toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part m'exposerait au remboursement des sommes perçues, sans préjudice des poursuites pouvant en résulter.

Fait à : _____ le : _____

Signature du demandeur :

Signature du conjoint :

ANNEXE 2 : DÉCLARATION DE CHOIX DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE GARDE ALTERNÉE

En cas de garde alternée de votre/vos enfant(s), le Supplément Familial de Traitement (SFT) peut être :

- ☒ **Attribué en totalité à l'un des parents** en cas d'accord entre les deux parties.
- ☒ **Partagé à parts égales (50% chacun) entre les deux parents** si une demande conjointe est formulée.
- ☒ **Partage à parts égales si l'autre parent ne donne pas son accord ou ne répond pas.**

⚠ Toute modification des conditions de versement ne pourra intervenir qu'après un an, sauf en cas de changement des conditions de résidence de l'enfant.

Je (ou nous) soussigné(e)(s),

Parent 1 :		Parent 2 :	
Nom et Prénom :		Nom et Prénom :	
Employeur :		Employeur :	
Contact RH : Téléphone, Mail :		Contact RH : Téléphone, Mail :	

Demande ou demandons :

Cas n°1 : En cas d'accord des deux parents :

- ☐ Versement du SFT en totalité au parent 1
- ☐ Versement du SFT en totalité au parent 2
- ☐ Partage du SFT à parts égales aux parents 1 et 2

Cas n°2 : En cas de désaccord :

- ☐ Partage du SFT à parts égales aux parents 1 et 2

Si les deux agents sont fonctionnaires :

Choix 1 : ☐ Les deux agents fonctionnaires choisissent de percevoir le SFT Garde Alternée avec leur indice de rémunération propre.

Choix 2 : ☐ Les deux agents fonctionnaires désignent, d'un commun accord, l'INM de l'agent à partir duquel le calcul du SFT Garde Alternée sera effectué. **Fournir le dernier bulletin de salaire de l'agent concerné.**

☐ Parent 1 : ou ☐ Parent 2 :

Pour les enfants suivants :

	Nom et Prénom	Date de naissance
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		
Enfant 4		
Enfant 5		

Fait à le

Signature du ou des parents demandeurs :

Parent 1 :

Parent 2 :

ANNEXE 3 : REMBOURSEMENT PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE (MUTUELLE)

Dans le cadre de la réforme de la Protection Sociale Complémentaire des agents publics prévue par l'ordonnance du 17 février 2021, les employeurs publics de l'État (dont l'UGA) remboursent à leurs agents, une partie des cotisations de protection sociale complémentaire.

Les agents éligibles bénéficient d'un forfait mensuel de 15 €, correspondant au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaires destinées à couvrir les frais de santé.

Pour pouvoir bénéficier du remboursement mutuelle, fournir une attestation de votre complémentaire santé qui mentionne les informations suivantes :

- Dates du contrat
- Montant des cotisations
- Le contrat doit couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et respecter les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

ANNEXE 4 : CONVOCATION AU CONTROLE MEDICAL destinée aux Apprentis

Université Grenoble Alpes - 621 avenue Centrale - 38400 Saint-Martin-d'Hères
Direction Générale Déléguée aux Ressources Humaines
Direction de la Gestion Carrière et Paie
Service des Contrats Spécifiques

En vue de votre installation, vous voudrez bien vous présenter à un médecin généraliste agréé, lui faire viser le certificat médical constituant la partie détachable du présent feuillet et nous le faire parvenir dans un délai de 15 jours au plus tard.

Le praticien étant agréé, vous n'avez pas à avancer le montant de la consultation.

Je vous précise que les honoraires seront remboursés directement par l'agence comptable de l'Université Grenoble Alpes, dans la limite du tarif conventionnel, sur présentation des justificatifs correspondants.

Pour le Président et par délégation,
La Directrice générale des services
adjointe en charge du pôle RH,
prévention, santé
Carole KADA



**Direction Générale Déléguée
aux Ressources Humaines**

Certificat établi à la demande de
l'Administration en vue de l'admission à
un emploi public et délivré par un
MEDECIN GENERALISTE AGRÉÉ*

Personne à contacter pour votre règlement : Agnès LAURENT
Cellule Budget DGD RH - 621 avenue Centrale – Bât. Z108
38400 Saint Martin d'Hères - agnes.laurent@univ-grenoble-alpes.fr

**CERTIFICAT MEDICAL A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR UN
MEDECIN AGREE OU MEDECIN DE L'ADMINISTRATION**

Je soussigné :

.....
(NOM en lettres capitales et qualité)

Certifie avoir examiné ce jour :

.....
(NOM et Prénoms en lettres capitales)

Il a été constaté que l'intéressé ne présente aucune maladie ou infirmité. Si des affections ont été relevées, elles sont mentionnées dans son dossier médical et ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions sollicitées. En cas de nécessité d'examens complémentaires, déterminée par le médecin généraliste, l'intéressé devra consulter un médecin spécialiste agréé.

OBSERVATIONS EVENTUELLES DU MEDECIN

.....
.....

- **Montant honoraires : 30 euros**

Fait à, le

Signature

Retrouvez la liste des médecins agréés de la région à l'adresse <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees> ou sur le site <https://www.ars.sante.fr/> pour les autres départements

MENTIONS OBLIGATOIRES

NOM du MEDECIN :

Adresse :

Numéro SIRET :

Tel :

Mail :

POUR VOTRE REGLEMENT:

- joindre un RIB