

**PERSONNELS FONCTIONNAIRES**  
OU ASSIMILÉS PERMANENTS DE L'ÉDUCATION NATIONALE

**PERSONNEL EXTERIEUR A L'U P S**

**SERVICE DE LA FORMATION CONTINUE**

*Application du Décret n°2013-756 du 19 Août 2013 relatif aux activités de Formation Continue dans les établissements publics d'enseignement supérieur*

CENTRE DE COUT :

**SFT 37**

DOMAINE FONCTIONNEL :

FONDS :

N° EOTP :

N° CPTE MFCA :

**INTITULE DE FORMATION :**

RENSEIGNEMENTS

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

N° S.S. : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Célibataire  Pacsé(e)  Concubinage  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf (veuve)

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Dép<sup>t</sup>. : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

☞ Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation d'affiliation à la Sécurité Sociale

ACTIVITE

Poste occupé : \_\_\_\_\_

Nom et Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

Salaire principal ? Inférieur  **ou** Supérieur  au plafond de la Sécurité Sociale (au 01/01/2018 : 3 311€ brut/mois)

Etes- vous fonctionnaire ? OUI  NON

☞ Joindre obligatoirement votre autorisation de cumul ou l'attestation d'activité ou viser (1)

PAIEMENT

Nom de la Banque : \_\_\_\_\_

☞ Joindre obligatoirement un relevé d'Identité Bancaire ou Postal à votre Nom Prénom (à défaut copie Livret de Famille)-au 1<sup>er</sup> paiement ou si changement de compte

**MISE EN PAIEMENT DES INTERVENTIONS**

DU \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_

	COURS	TD	TD (Suivi)	TD (Ingénierie)	TP	TOTAL GÉNÉRAL (Brut)
Taux	62,09€	41,41€	41,41€	41,41€	27,58€	
Heures						
TOTAL (Brut)	€	€	€	€	€	€

**OU**

**Paiement au forfait** : Articles du code de l'éducation relatifs à la rémunération des personnels participant à la conclusion et à la réalisation des contrats de formation professionnelle dans les établissements d'enseignement supérieur.

Emoluments faisant l'objet d'une liquidation spéciale en dehors du traitement ou du salaire  Art. D714-60 ou  Art. D714-61

**MONTANT (Brut)**  
Forfait afférente à cette action

\_\_\_\_\_ €

**SOMME en toutes lettres :**

(1) L'ordonnateur soussigné, certifie que l'intéressé a accompli par ailleurs son service statutaire **et qu'il ne bénéficie pas de la prime d'encadrement doctoral.**

Date,

L'ordonnateur du traitement principal

Signature de l'intéressé(e)

Nom, signature, cachet du Directeur  
Ou du Responsable de Formation

Fait à Toulouse, le .....  
Le Directeur de la Mission Formation Continue  
et Apprentissage