

Identité – situation personnelle :

Nom et Prénom :

Nom de Naissance :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Département :

Pays :

Nationalité :

N° de sécurité sociale (INSEE) :

N° de Carte de séjour :

Date de fin :

Situation familiale :

Célibataire :

Marié

Pacsé

Divorcé

Séparé

Union libre

Veuf

Nombre d'enfants à charge : 0

Le conjoint perçoit-il le supplément familial de traitement : oui non :

Affiliation à la MGEN : oui non :

Reconnu travailleur handicapé : oui non :

Diplôme le plus élevé :

Année d'obtention :

Lieu d'obtention :

Service national : Accompli : du au

Exempté(e)

Sans objet

Appel de préparation à la défense : Accompli : du au

Exempté(e)

Sans objet

Coordonnées personnelles :

Rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Adresse électronique :

☎ :

Situation professionnelle :

Service ou laboratoire où exerce l'agent :

Fonction exercée par l'agent :

☎ de l'agent :

Adresse électronique professionnelle :

Nom du responsable :

☎ :

Adresse électronique :

Quotité de temps de travail :

Éventuellement, autre emploi (préciser)

X Je, soussigné(e),

, certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur ce document.

Fait le :

Signature :