



# Bienvenue à l'Inserm !



Nous sommes heureux de vous accueillir au sein de l'Inserm. Afin que vos débuts chez nous se passent dans les meilleures conditions, voici la présentation de votre parcours d'intégration :

## Avant votre arrivée

-  A vous de jouer !
- ⇒ Remplir le dossier de recrutement
  - ⇒ Fournir vos pièces justificatives

- Vous recevrez ensuite :
- \* Votre contrat de travail
  - \* Une plaquette d'accueil CDD

## Premier jour

- \* Accueil au sein de l'équipe
- \* Choisissez votre mode de restauration

## Dans les semaines suivant votre arrivée

- \* Visite médicale auprès de la Médecine du Travail

- \* Entretien collectif d'accueil RH

- \* Welcome Day !  
Journée d'informations et d'échanges annuelle pour tous les nouveaux agents

## Liste des pièces à fournir

### Informations générales

- Notice Individuelle
- R.I.B
- Copie de la carte d'identité / Passeport
- Copie de la carte ou attestation de Sécurité Sociale
- Bulletin n°2 du casier judiciaire (Page 7 à compléter)

### Profil

- CV actualisé
- Copie du diplôme
- Certificats de travail / attestations pôle emploi ou contrat de travail + 1er et dernier bulletin de paie
- En français ou en anglais, sinon traduit par un traducteur assermenté

### Pour les doctorants

- Certificat de scolarité
- Attestation d'inscription à l'école doctorale

### Pour les M2 (interne en médecine) et les Postes d'Accueil

- Attestation de mise en disponibilité

### Supplément Familial de Traitement

- Compléter la fiche de renseignement SFT
- Documents justificatifs à fournir (voir fiche SFT page 6)

### Étrangers Hors U.E

- Titre de séjour et autorisation de travail ou récépissé de la demande de titre de séjour

# État récapitulatif de votre parcours professionnel

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Niveau de recrutement :

Employeur et pays	Fonction exercée	Dates du contrat (début et fin)	Type contrat (cdd, bourse, vacances...)	Lieu d'exercice	Temps de travail (en pourcentage)

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature :

## IMPORTANT

Pour une reprise de l'ancienneté, vous devez **absolument joindre toutes les copies de vos certificats de travail OU les contrats de travail accompagnés des premiers et derniers bulletins de paie** mentionnant les dates, le temps de travail et le niveau des fonctions exercées, les activités accomplies en qualité de boursier sont également examinées.

# Notice Individuelle

Nom :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de Naissance :

Lieu:

Nationalité :

Etranger : Date d'entrée en France :

Date de naturalisation :

Affiliation sécurité sociale

MGEN

CPAM

Autre

N° de sécurité sociale :

## Adresse

N° :

Voie :

Complément d'adresse:

Code Postal :

Ville :

 Téléphone :

 Mail :

## Situation Familiale

Célibataire

Vie maritale

PACS

Marié(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Date de début du lien (joindre justificatif) :

**Si conjoint :**

Nom - Prénom :

Né(e) le :

A :

**Enfants :**

Nom - Prénom :

Date et lieu de naissance :

1

2

3

## Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Téléphone :

Téléphone :

Avez-vous une reconnaissance RQTH ?  
(Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)

Oui

Non

A compléter uniquement si enfant(s) de moins de 20 ans

## FICHE DE RENSEIGNEMENT RELATIVE AU SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT)

**Pour pouvoir bénéficier du SFT vous devez fournir les documents suivants :**

- Cette fiche de renseignement complétée et signée
- La copie du livret de famille
- Pour les enfants de plus de 16 ans : Certificat de scolarité ou contrat d'apprentissage
- *Extrait de jugement de divorce vous confiant la garde de votre (vos) enfant(s)*, si concerné
- Attestation employeur du conjoint si employé dans la fonction publique

### I. SITUATION FAMILIALE :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Nationalité :

Célibataire

Marié (e) / Pacsé (e) le :

Séparé(e) de fait le :

Divorcé(e) depuis le :

Veuf (ve) depuis le :

Vivant seul(le) depuis le :

Vivant maritalement depuis le :

### II. SITUATION DES ENFANTS A CHARGE :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Situation
-----	--------	-----------------	-----------

⇒ *En cas de Handicap de l'un des enfants, contacter le service RH*

### III. SITUATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT:

Profession :

Nom de l'employeur :

Secteur Public

Secteur Privé

Perçoit-il un supplément familial ?

Oui

Non

Si l'employeur du conjoint est de secteur public, joindre une attestation de non perception

### IV. ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements énumérés ci-dessus, et m'engage à vous informer de toutes modifications de ces rubriques.

Fait à  
Signature

le



# Transport

L'Inserm prend en charge 75% de coût du/des titres de transports pour effectuer des déplacements "domicile-travail"

## A savoir

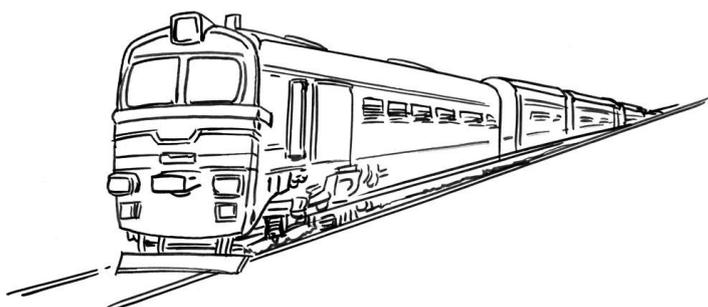
- ⇒ L'abonnement doit être annuel, mensuel ou hebdomadaire
- ⇒ Le montant du remboursement est plafonné
- ⇒ Possibilité de cumuler les titres de transport. Exemple : SNCF + TAN

## Comment en bénéficier ?

- ⇒ Pour la première demande : Remplir le formulaire de demande de remboursement (Formulaire page 9-10)
- ⇒ Au début de votre abonnement, envoyer par mail à votre gestionnaire RH la copie de votre carte de transport ainsi que votre justificatif d'achat

Précision : Pour une prise en compte du remboursement sur la paie de mois en cours, merci d'envoyer votre demande avant le 5 du mois

Si vous allez au travail en vélo ou en covoiturage, vous pouvez bénéficier une fois par an de la prime « forfait mobilités durables » (non cumulable avec le remboursement de transport)



**Demande de remboursement partiel des titres de transport utilisés  
pour les trajets résidence habituelle ↔ lieu de travail**  
**Fonctionnaires, agents non titulaires et stagiaires conventionnés**

Nom et prénom(s) :

Affectation :

.....

.....

Adresse personnelle :

Adresse professionnelle :

.....

.....

.....

.....

● Votre quotité de temps de travail est-elle inférieure à 50 % ? (durée de travail mensuelle inférieure à 76 heures) :    oui    non

● Exercez-vous un emploi auprès d'un autre employeur public que l'Inserm ?    oui    non

Si oui, indiquez vos dates de début et de fin d'emploi : .....

Arrêt, gare ou station de départ ( <b>domicile</b> ) : ..... Zone de départ n° : ..... (pour l'Ile-de-France)	Arrêt, gare ou station d'arrivée ( <b>lieu de travail</b> ) : ..... Zone d'arrivée n° : ..... (pour l'Ile-de-France)
---	--

● **NATURE DU TITRE DE TRANSPORT SOUSCRIT** ●

Les titres de transports susceptibles de donner lieu à un remboursement partiel par l'Inserm sont les suivants :

- ① Abonnements multimodaux à nombre de voyages illimité, ainsi que les cartes et abonnements annuels, mensuels ou hebdomadaires ou à renouvellement tacite à nombre de voyages illimités ou limités délivrés par la Régie autonome des transports parisiens (RATP), la Société nationale des chemins de fer (SNCF), les entreprises de l'Organisation professionnelle des transports d'Ile-de-France ou toute autre entreprise de transport public de personnes ;
- ② Abonnement à un service public de location de vélo.

*N.B. : les cartes et abonnements « à renouvellement tacite » sont des titres souscrits pour une durée supérieure à un mois et reconduits automatiquement par prélèvement automatique mensuel sur votre compte courant.*

Titres de transport utilisés pour les déplacements domicile-lieu de travail (nom du titre de transport)	Périodicité du titre (annuel, mensuel, hebdomadaire)	Date de début d'utilisation	Coût du titre

● **MODALITES DE REMBOURSEMENT** ●

Quotité de temps de travail	Montant du remboursement mensuel	Plafond mensuel (révisable annuellement)
Supérieure ou égale à 50 %	75 % du coût total des titres utilisés	96.36 €
Inférieure à 50 %	37,5 % du coût total des titres utilisés	

Pour bénéficier du remboursement, **joignez impérativement** à ce formulaire :

- la copie des **titres de transport nominatifs** indiquant leur durée de validité,
- ou, si la durée de validité n'est pas indiquée sur le(s) titre(s), la **copie recto/verso des titres nominatifs et la copie des justificatifs de paiement correspondants** (reçus, factures, attestation d'abonnement établie par le transporteur...).

**Déclaration sur l'honneur :**

Je soussigné(e)....., déclare :

- ↯ utiliser les transports publics comme indiqué ci-dessus,
- ↯ ne pas bénéficier d'un transport assuré ou remboursé par l'Inserm ou d'un transport collectif gratuit,
- ↯ ne pas être logé(e) par l'Inserm dans des conditions telles que je ne supporte aucun frais de transport pour me rendre à mon lieu de travail,
- ↯ ne pas bénéficier, à aucun titre, de la prise en charge des frais de transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ou d'indemnités représentatives de frais pour les déplacements domicile-travail,
- ↯ ne pas bénéficier de l'allocation spéciale réservée aux travailleurs handicapés en service en Ile-de-France, qui, en raison de leur handicap, ne peuvent utiliser les transports en commun (décret n° 83-588 du 1<sup>er</sup> juillet 1983).

Je certifie l'authenticité des renseignements précités et m'engage à :

- signaler immédiatement à l'Inserm tout changement intervenu portant sur l'un des éléments d'information ci-dessus,
- tenir à la disposition de l'Inserm, aux fins de contrôle, le ou les titre(s) de transport utilisé(s).

A .....,

le .....

**Vu et vérifié** - Signature du responsable :

Signature de l'agent :

● **Cet imprimé doit être adressé à votre pôle ressources humaines** ●

Toute fausse déclaration est susceptible d'entraîner l'application des sanctions disciplinaires prévues au titre II du statut général des fonctionnaires, voire de sanctions pénales (article 22 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968).