



CAISSE NATIONALE DE RETRAITES
DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

DIRECTION DES GESTIONS MUTUALISÉES
SERVICE RECOUVREMENT - IMMATRICULATION
Références à rappeler : PPMR22

Téléphone : 05 57 57 91 91
Télécopie : 05 62 27 80 28
Courriel : cellule.immatriculation@caissedesdepots.fr

CREATION du DOSSIER d'IMMATRICULATION

Fonction Publique Hospitalière

Dans le cas d'une mutation de masse globale ou partielle, joignez l'imprimé réservé à cet effet

A) MOTIF DE LA DEMANDE

- | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--|-----------|--------------------------|-----------------------------|
| A1 | <input type="checkbox"/> | Agent remplissant les conditions d'affiliation | A5 | <input type="checkbox"/> | Dissolution |
| A2 | <input type="checkbox"/> | Recrutement d'un agent détaché d'une collectivité locale | A6 | <input type="checkbox"/> | Scission |
| A3 | <input type="checkbox"/> | Recrutement d'un agent détaché de l'Etat | A7 | <input type="checkbox"/> | Fusion |
| A4 | <input type="checkbox"/> | Transformation juridique | A8 | <input type="checkbox"/> | Pour validation de services |

B) IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

- B1** N° SIRET
- B2** FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE
- B3** FORMULE D'APPEL : Madame Monsieur
- B4** CODES ET DESIGNATIONS AUTORISES (Cochez la case correspondante)
- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 125 | Assistance Publique | <input type="checkbox"/> 614 | Foyer de l'Enfance |
| <input type="checkbox"/> 247 | Centre d'Aide par le Travail | <input type="checkbox"/> 647 | Hôpital Local |
| <input type="checkbox"/> 304 | Centre Hospitalier | <input type="checkbox"/> 678 | Institut Médico-Educatif |
| <input type="checkbox"/> 306 | Centre Hospitalier Régional | <input type="checkbox"/> 679 | Institut Médico-Pédagogique |
| <input type="checkbox"/> 307 | Centre Hospitalier Spécialisé | <input type="checkbox"/> 680 | Institut Médico-Professionnel |
| <input type="checkbox"/> 580 | Etablissement Public Départemental | <input type="checkbox"/> 733 | Maison de Retraite |
| <input type="checkbox"/> 1106 | Etablissement Public de Santé | <input type="checkbox"/> 1018 | Syndicat Inter-hospitalier |

RAISON SOCIALE

B5 ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TEL FAX

COURRIEL



CAISSE NATIONALE DE RETRAITES
DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

DIRECTION DES GESTIONS MUTUALISÉES
SERVICE RECOUVREMENT - IMMATRICULATION
Références à rappeler : PPMR22

Téléphone : 05 57 57 91 91
Télécopie : 05 62 27 80 28
Courriel : cellule.immatriculation@caissedesdepots.fr

DOSSIER D’AFFILIATION FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

A COMPLETER UNIQUEMENT POUR LE 1^{ER} AGENT AFFILIABLE

IMPORTANT

Ce dossier d'affiliation est à compléter **OBLIGATOIREMENT** pour le 1^{er} agent recruté par l'employeur (sauf pour les agents détachés).
Il doit **OBLIGATOIREMENT** être joint au dossier d'immatriculation.

Toutes les zones sont à remplir obligatoirement (Voir notice d'aide au remplissage)

A. IDENTIFICATION DU 1ER AGENT AFFILIABLE

A1		Date d'entrée dans la collectivité demandeuse : <input type="text"/>
A2	AFFILIATION OU MUTATION :	Date d'effet de l'affiliation dans la collectivité demandeuse : <input type="text"/>
A3		Date de 1 ^{ère} cotisation au sein de la collectivité demandeuse : <input type="text"/>
A4		<i>si mutation :</i> Date de radiation des cadres de la collectivité précédente : <input type="text"/>
A5		SIRET de la collectivité précédente : <input type="text"/>
A6	LIBELLE DU GRADE :	<input type="text"/>

B. ETAT CIVIL DE L'AGENT

B1	NIR Agent :	<input type="text"/>	Clé :	<input type="text"/>
B2	Nom patronymique :	<input type="text"/>		
B3	Nom d'usage : <i>(facultatif)</i>	<input type="text"/>		
B4	Nom marital :	<input type="text"/>		
B5	Prénoms usuels :	<input type="text"/>		
B6	Date de naissance :	<input type="text"/>		
B7	Commune de naissance : <i>(si né en France)</i>	<input type="text"/>		
B8	Nationalité à la date d'effet de l'affiliation :	<input type="checkbox"/> Française	<input type="checkbox"/> EUE Etranger Union Economique	<input type="checkbox"/> EEE Etranger Espace Economique Européen
				<input type="checkbox"/> EHE Etranger hors Espace Economique Européen
B9	Pays de naissance : <i>(si né hors de France)</i>	<input type="text"/>		
B10	Adresse complète :	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
	Code Postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>

C. TYPE D'EMPLOI

C1	<input type="checkbox"/> Cas Général *	C2	<input type="checkbox"/> Taux du temps partiel	-	□	□
Compléter obligatoirement le nombre d'heures :					hh	mn
				-	□	□
				-	□	□