

**CONTRAT DOCTORAL SORBONNE UNIVERSITÉ**

Vous venez d’être sélectionné.e pour bénéficier d’un contrat doctoral de Sorbonne Université.

Afin de préparer votre recrutement dans les meilleures conditions, il vous appartient de renseigner la notice ci-après et la retourner dans les plus brefs délais **au secrétariat de votre école doctorale ET à** **CD-Contrats-Doctoraux@sorbonne-universite.fr** :

Le **sujet** de votre mail devra **obligatoirement être rédigé** de la manière suivante :

**Sujet : NOM Prénom / EDxxx / Laboratoire**

La notice devra être accompagnée des pièces suivantes :

* Curriculum vitae (CV)
* Copie lisible et en couleurs d’une pièce d’identité en cours de validité (carte d’identité ou passeport)
* Copie lisible et en couleurs de la carte vitale ou de l’attestation de la Sécurité sociale (si disponible)
* **IBAN** (RIB) **personnel** (*Format SEPA obligatoire pour pourvoir effectuer des virements en Euros*)
* Attestation de réussite au diplôme ou copie diplôme donnant accès au doctorat
* Titre de séjour ou autorisation de travail (si pertinent)
* Attestation de réussite Agrégation/CAPES (si pertinent)

 **INFORMATIONS sur le processus de recrutement**

**Étape 1** : Votre dossier sera vérifié et traité par votre école doctorale puis validé par le collège doctoral. Votre **financement de thèse** ne sera définitivement acquis et validé qu’à **réception de l’attestation de réussite au diplôme ou la copie du diplôme autorisant une inscription en thèse**

**Étape 1 bis** : En parallèle à l’envoi de la notice vous devez impérativement entamer votre démarche **d’inscription en doctorat** sur ADUM : <https://adum.fr/> (*voir avec votre école doctorale*)

**Étape 2 :** Leservice des ressources humaines dont relève votre laboratoire d’accueil vous contactera pour vous demander de fournir **des pièces supplémentaires** à celles listées ci-dessus.

* Renseigner lisiblement votre adresse mail dans le formulaire et consultez votre messagerie régulièrement.

**Étape 3** : Une fois votre inscription administrative réalisée, vous devez transmettre votre attestation d’inscription à : **CD-Contrats-Doctoraux@sorbonne-universite.fr**

**Étape 4** : À réception de l’attestation d’inscription, votre contrat doctoral sera définitivement validé : le collège doctoral vous transmettra un fac-similé du contrat pour relecture

**Étape 5 :** Le service RH compétent vous conviera pour la signature de votre contrat doctoral.

**Vous ne devez pas prendre vos fonctions dans le laboratoire avant d’avoir signé votre contrat**

Pour bénéficier du contrat doctoral vous devez être **inscrit en doctorat et renouveler l’inscription chaque année**. **Si l'inscription en doctorat n'est pas renouvelée, il est mis fin de plein droit au contrat de doctorant contractuel**. (*Décret n° 2009-464 du 23 avril 2009 modifié relatif aux doctorants contractuels des établissements publics d’enseignement supérieur ou de recherche*) **À chaque rentrée universitaire vous devrez justifier de votre inscription et transmettre l’attestation de d’inscription à :** **CD-Contrats-Doctoraux@sorbonne-universite.fr**

Je, soussigné.e

[ ]  certifie exactes les informations renseignées dans la notice

[ ]  accepte le contrat doctoral de Sorbonne Université

[ ]  m’engage transmettre l’attestation annuelle d’inscription

Fait à Paris, le

Signature :

##### NOTICE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENT

##### DOCTORANT CONTRACTUEL

#

# Numéro Etudiant SU : /       /

# (À renseigner uniquement par les candidats ayant déjà été inscrits à SU en tant qu’étudiant)

# ÉTAT CIVIL (à renseigner en conformité avec votre pièce d’identité)

Civilité : ***[ ]***  Madame ***[ ]***  Monsieur

NOM DE FAMILLE :

NOM D’USAGE :

Prénoms (*Indiquer tous les prénoms dans l’ordre de la pièce d’identité*) :

# NAISSANCE (à renseigner en conformité avec votre pièce d’identité)

Date de naissance :       /       /

Commune de naissance :

Département de naissance (*Indicatif & nom du département*) :

Pays de naissance :

Nationalité :

Si naturalisation, précisez la date :       /       /

**Pour les agents nés à l’étranger**, (***obligatoire*** *pour obtenir un bulletin judiciaire n°2*)

Merci de renseigner :

NOM et Prénom du père :

NOM et Prénom de la mère :

# ADRESSE POSTALE

Pays de résidence :

Adresse :

Code postal :       Commune :

# CONTACTS

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

Adresse électronique personnelle : ***(fournir une adresse que vous consultez régulièrement)***

**Personne à contacter en cas d’accident :**

NOM :       Prénom :

N° de téléphone :

# SÉCURITÉ SOCIALE

## Êtes-vous immatriculé(e) à la Sécurité Sociale (française) : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, numéro d’immatriculation ***:*** Clé :

# TITRE DE SÉJOUR

# (uniquement pour les doctorants de nationalité étrangère Hors Union Européenne et résidant déjà en France)

**Veuillez préciser la nature de votre titre de séjour :**

[ ]  Titre de séjour Étudiant

***[ ]***  Titre de séjour Vie privée et familiale

***[ ]***  Titre de séjour Scientifique

***[ ]***  Carte de résident

Numéro :       Date de délivrance :       /       /

Lieu de délivrance :

Date de début de validité :       /       /       Date de fin de validité :       /       /

# TITRE D’ACCÈS AU DOCTORAT

***[ ]*** Diplôme national (français) de Master

***[ ]*** Diplôme d’ingénieur (français) conférant le grade de Master

***[ ]*** Diplôme conférant le grade de master, à l'issue d'un parcours de formation établissant son aptitude à la recherche (Master des pays européens, anciens DEA/DESS…)

***[ ]*** Études à l’étranger d’un niveau équivalent au grade de Master (sur dérogation de l’école doctorale)

***[ ]*** Validation des acquis professionnels (sur dérogation de l’école doctorale)

***[ ]*** Autre (précisez) :

Spécialité :

Année d’obtention :       Etablissement d’obtention :

Pays d’obtention :

# AGRÉGATION OU C.A.P.E.S.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Concours  | Spécialité(s) | Académie d’obtention | Année d’obtention |
| AGRÉGATION |       |       |       |
| C.A.P.E.S |       |       |       |

# INFORMATIONS DOCTORALES

École Doctorale : Numéro de l’ED :

Nom de l’ED :

Sujet de la thèse :

Discipline CNU de la thèse :

*(voir avec votre directeur de thèse. Vous pouvez vous référer à la liste des sections CNU :* [*http://www.cpcnu.fr/listes-des-sections-cnu*](http://www.cpcnu.fr/listes-des-sections-cnu)*)*

Unité de Recherche :

## Votre unité de recherche a-t-elle une tutelle de Sorbonne Université ? [ ]  Oui [ ]  Non

 *(Vérifiez avec votre directeur de thèse)*

# ADRESSE PROFESSIONNELLE

Localisation (site, campus) :

Adresse :

Boîte courrier :

Code postal :       Commune :

# DIRECTEUR DE THÈSE

Nom et prénom du directeur(rice) de thèse :

Adresse électronique :       @

Discipline (CNU) de l’HDR (***Obligatoire***) :

Unité de Recherche :

Établissement employeur du directeur de thèse :

***[ ]***  Sorbonne Université ***[ ]***  CNRS ***[ ]***  INSERM

***[ ]***  Autre, précisez :

# CO-DIRECTEUR(RICE) DE THÈSE

# (à renseigner uniquement dans le cas d’une co-direction, c’est-à-dire un encadrement par 2 directeurs de thèse Habilités à Diriger des Recherches)

Nom et prénom du co-directeur(rice) de thèse :

Adresse électronique :       @

Discipline (CNU) de l’HDR (***Obligatoire***) :

Unité de Recherche :

# FINANCEMENT

# (à renseigner avec l’aide de votre directeur de thèse ou de votre école doctorale)

|  |  |
| --- | --- |
| ***[ ]***  Contrat doctoral – Dotation ED***[ ]***  Contrat doctoral – Spécifique ENS***[ ]***  Contrat doctoral – Spécifique X***[ ]***  Contrat doctoral – Programmes doctoraux (IPV, Génie des Procédés, PDIC, Sces&Management,)***[ ]***  Contrat doctoral – Politique scientifique***[ ]***  Contrat doctoral – LPR***[ ]***  Contrat doctoral – Handicap***[ ]***  Contrat doctoral – Instituts & Initiatives***[ ]***  Contrat doctoral – Partenariats internationaux | ***[ ]***  Contrat doctoral – SCAI / SOUNDAI***[ ]***  Contrat doctoral – ANR***[ ]***  Contrat doctoral – Labex/Idex***[ ]***  Contrat doctoral – Europe***[ ]***  Contrat doctoral – Association ou fondation***[ ]***  Contrat doctoral – DGA***[ ]***  Contrat doctoral – Autres ressources du laboratoire***[ ]***  Contrat doctoral – Autres fléchés  |

# SERVICE NATIONAL

***[ ]***  Accompli ***[ ]***  Sursitaire ***[ ]***  Réformé ***[ ]***  Exempté

Service effectué du :       au :

Type du service :

***[ ]***  Service national actif ***[ ]***  Coopération ***[ ]***  Service civil

***[ ]***  Journée défense et citoyenneté ***[ ]***  Engagement volontaire ***[ ]***  Objection de conscience

***[ ]***  Journée d'appel et de préparation à la défense

# ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ANTÉRIEURES REMUNÉRÉES

(Préciser : par exemple contrat étudiant, ancien élève de l’ENS, agrégé ou certifié stagiaire ou titulaire, boursier, demandeur d’emploi, etc…)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *DU* | *AU* | *EMPLOYEUR* | *EN QUALITÉ DE* |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

***SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT***

Le supplément familial de traitement est un complément de rémunération obligatoire pour tout agent public dont la rémunération est fixée par référence aux traitements des fonctionnaires ou évolue en fonction des variations de ces traitements, ET assumant la charge effective et permanente d’un enfant âgé de moins de 16 ans ou tout enfant jusqu’à l’âge de ses 20 ans sous réserve que sa rémunération n’excède pas 55% du SMIC horaire, multiplié par 169.

**IMPORTANT : afin de percevoir le SFT, des justificatifs doivent accompagner votre demande**

**(Livret de famille, attestation de la CAF, certificat de scolarité ou bulletin de salaire des enfants, attestation de rupture de vie commune, ordonnance de non conciliation, jugement attribuant la garde des enfants en cas de séparation ou tout autre élément permettant de justifier le versement de cet élément de paie).**

**NOM**  PRÉNOM

SITUATION FAMILIALE

***[ ]***  Célibataire ***[ ]***  Pacsé(e) ***[ ]***  Divorcé(e)

***[ ]***  Marié(e) ***[ ]***  Séparé(e) ***[ ]***  Veuf (ve)

Le second parent est-il : Salarié : ***[ ]***  Oui ***[ ]***  Non

 Secteur : ***[ ]***  Privé ***[ ]***  Public

Remplir l’attestation de l’employeur du second parent au verso précisant qu’il ne perçoit pas le SFT

**OPTION POUR** **les couples de fonctionnaires ou d’agents publics mariés, pacsés ou vivant en concubinage, assumant la charge du ou des mêmes enfants** :

Monsieur Madame       est désigné(e) pour ouvrir droit au supplément familial de traitement au titre du ou des enfants

**SITUATION DES ENFANTS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance** | **Situation de l’enfant (élève, étudiant, apprenti ou autre..)** | **Adresse de résidence de l’enfant si différente de celle de l’agent** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

**À noter** : le supplément est versé à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d’ouverture du droit sont réunies et cesse d’être versé le premier jour du mois civil au cours duquel les conditions ne sont plus réunies.

Je soussigné(e)       déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements ci-dessus et m’engage à déclarer sans délai auprès de mon gestionnaire tout changement de situation susceptible de modifier les droits au supplément familial de traitement.

Toute fausse déclaration ou omission de ma part entraînerait l’émission à mon encontre d’un ordre de reversement des sommes irrégulièrement perçues.

Fait Paris, le       ; Signature :

**ATTESTATION**

*À remplir par l’employeur du conjoint ou du concubin* ***si celui-ci est fonctionnaire ou agent public*.**

Je soussigné(e),

Fonction exercée,

Identité de l’Administration :

Certifie que M/Mme      ,

Employé(e) en qualité de       depuis le      ,

Demeurant au      ,

***[ ]***  Perçoit un supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial

 Depuis le

Concernant les enfants suivants : ♦

 ♦

 ♦

 ♦

 ♦

 ♦

***[ ]***  Ne perçoit **pas** de supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial

***[ ]***  Ne perçoit **plus** de supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial

 **Depuis le**

Fait à Paris, le

Cachet du service gestionnaire Signature du responsable