******

***Service Mutualisateur de paie***

***Bd de la République,***

 ***Cayenne 97300,***

 ***Guyane française***

BORDEREAU D’ENVOI - DOSSIER INDIVIDUEL PEC RENOUVELLEMENT DE CONTRAT

***A renvoyer par courrier et ou par mail (******etablissement.mutualisateur@ac-guyane.fr******)***

**PIECES A PRODUIRE**

***(Tout dossier incomplet et ou illisible ne sera pas mis en paiement)***

Etablissement d’affectation .......................................................................................................... Bassin.............................................

Nom de la personne à contacter .........................................................................................................................................................

Téléphone ............................................................................ Mail ......................................................................................................

**PEC A REMUNERER : ..................................................................................................................................................................**

**DATES DU CONTRAT : du ....................................................................... au .......................................................................**

* DAP, Demande d’autorisation préalable ………….………………………………………………………..……….……………..…❑

(*Le document doit être signée par l’établissement qui fait la demande de recrutement, une copie doit être transmis a Mme CHERICA AMIEL)*

* Relevé d’information du pôle emploi …..……………………………………………………………………..…..…..󠄀.….….….…....❑
* Bilan d’activité……….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….…....…...….… ❑
* Demande de modification administratif…………. …………………………………………….………………............................…..❑
* Pièce d’identité ou titre de séjour en cours de validité……………….……………………………………………………….....…….❑
* Attestation de droits à la sécurité sociale ou carte vitale………………………………………………………………………..……..❑
* Casier judiciaire B3 …………….………………………………………………………………………………………...…….……..❑

 Fait à ………………………. Le…………………….

Signature et cachet de l’établissement.

Date de réception du dossier par le service Mutualisateur :

Dossier recevable ❑ - Dossier non recevable ❑

Motif du rejet : .....................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................

Dossier vérifié le ……………………………………………. Par (nom et prénom) : ……………………………………………….........

**\*Le délai de traitement d’une demande d’embauche est d’un mois minimum.**