******

***Service Mutualisateur de paie***

***Bd de la République,***

 ***Cayenne 97300,***

 ***Guyane française***

BORDEREAU D’ENVOI - DOSSIER INDIVIDUEL DE RECRUTEMENT PEC

***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 …..……………………………………………………………………..…..…..󠄀.….….…....❑

*.*

* Fiche d'éligibilité au contrat PEC .…..….……........❑
* Fiche de renseignement …………. …………………………………………………………….………………........................…❑
* RIB relevée d’identité bancaire (au nom et prénom du candidat) de préférence un de compte courant, pas de RIB de livret d’épargne…………………………………………………………………………………………………………..……………....❑
* Pièce d’identité ou titre de séjour en cours de validité……………….……………………………………………………...…….❑
* Attestation de droits à la sécurité sociale ou carte vitale…………………………………………………………………………..❑
* Acte de naissance (candidat non français)…………………….………………………………...…………………….…………...❑
* Casier judiciaire B3 …………….………………………………………………………………………………………...………..❑
* Le cas échéant Demande de cumul d’activité à titre accessoire ………………………………………………..…………………❑

 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.**