

EXPEDITEUR

DESTINATAIRE

DEPA

Bureau de l'encadrement
Bureau des personnels ASS
Bureau des ANT
Bureau des personnels ITRF

DPE

BG 1
BG 2
BG 3
BG 4
BG 5

N°RNE :

N°BFE :

**DECLARATION DU CHOIX DU BENEFICIAIRE
DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

Monsieur

IDENTIFICATION DU COUPLE

Madame

Nom : Pr°nom : Nom d'usage : Pr°nom :

Nom de Famille (si femme mari°e)

Adresse :

Situation professionnelle : (1)

Situation professionnelle : (1)

(1) Pr°ciser le grade ainsi que les nom et adresse de l'employeur.

ENGAGEMENT

Les personnes d°sign°es ci-dessus d°clarent que :

Monsieur

Madame

est d°ormais le (la) b°n°ficiaire du Suppl°ment Familial de Traitement et reconnaissent °tre inform°s du d°lai d'un an pendant lequel cette option ne peut °tre remise en cause.

Signature de Monsieur :

Signature de Madame :

A

Le

ATTESTATION

De non paiement ou de cessation de paiement du Suppl°ment Familial de Traitement °faire compl°ter par l'employeur du conjoint ou du concubin fonctionnaire (ou assimil°).

Je soussign°(e),

Certifie que M(me)

employ°(e) en qualit° de

Depuis le :

Ne b°n°ficie pas

A cess° de b°n°ficier depuis le

Du Suppl°ment Familial de Traitement ou d'un avantage de m°me nature.

A

Le

Signature de l'employeur *

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destin° ° la gestion administrative et financi°re de votre dossier. Le destinataire des donn°es est le Rectorat de Lille .Conform°ment ° la loi ° informatique et libert° s ° du 6 janvier 1978 modifi°e en 2004, vous b°n°ficiez d'un droit d'acc°s et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Rectorat de Lille 144 rue de Bavay BP 709 59000 LILLE. Vous pouvez °galement, pour des motifs l°gitimes, vous opposer au traitement des donn°es vous concernant.

* en cas d'agent employ° par l'Education Nationale, cette attestation doit °tre sign°e par le service payeur (Rectorat, DSDEN....)