

**IDENTIFICATION**

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_ Département de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Fonctions : \_\_\_\_\_  
 Grade : \_\_\_\_\_ Date de nomination : \_\_\_\_\_

**SITUATION DE FAMILLE**

Célibataire     Marié(e)     Pacsé(e)     Veuf(ve)     Divorcé(e) ou Séparé(e)

**FORMATION GENERALE ET PROFESSIONNELLE**

Diplômes : \_\_\_\_\_  
 Niveau d'instruction : \_\_\_\_\_  
 Formation professionnelle : \_\_\_\_\_  
 Permis de conduire     VL     PL     TC

**SERVICE NATIONAL et PARCOURS PROFESSIONNEL ANTERIEUR  
POUR UNE NOMINATION EN ECHELLE C1**

①	<input type="checkbox"/> <b>EXEMPTÉ OU REFORME DU SERVICE MILITAIRE</b> <hr/> <input type="checkbox"/> <b>SERVICE MILITAIRE EN QUALITE D'APPELE*</b> <input type="checkbox"/> <b>SERVICE CIVIQUE*</b> <input type="checkbox"/> <b>VOLONTARIAT INTERNATIONAL*</b> Période du _____ au _____ A retenir en totalité soit : ____ an(s) ____ mois ____ jour(s)
②	<input type="checkbox"/> <b>SERVICE MILITAIRE EN QUALITE D'ENGAGE*</b> Période du _____ au _____ soit ____ an(s) ____ mois ____ jour(s) A retenir pour les trois quarts soit : ____ an(s) ____ mois ____ jour(s)  <input type="checkbox"/> <b>AGENT PUBLIC CONTRACTUEL</b> ____ an(s) ____ mois ____ jour(s) ( <i>durée totale après éventuelle conversion en équivalent temps plein exprimée en années, mois et jours</i> ) A retenir pour les trois quarts soit : ____ an(s) ____ mois ____ jour(s)  Indice brut calculé ❶ : _____ ❶ <i>au vu de la moyenne des six meilleures rémunérations mensuelles perçues au cours des douze derniers mois (cf article 5. III du décret 2016-596)</i>
OU	<input type="checkbox"/> <b>ACTIVITES PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES SOUS UN REGIME JURIDIQUE AUTRE QUE CELUI D'AGENT PUBLIC, EN QUALITE DE SALARIE</b> ____ an(s) ____ mois ____ jour(s) ( <i>durée totale après éventuelle conversion en équivalent temps plein exprimée en années, mois et jours</i> ) A retenir pour la moitié soit : ____ an(s) ____ mois ____ jour(s)
OU	<input type="checkbox"/> <b>SERVICES ACCOMPLIS DANS UN ETAT MEMBRE DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN AU SENS DES ARTICLES 2 ET 4 DU DECRET N°2010-311</b> Services du _____ au _____ soit ____ an(s) ____ mois ____ jour(s)

Le Maire ou le Président certifie sous sa responsabilité les renseignements portés sur ce document.

Fait le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Cachet et signature de l'autorité territoriale,

\* joindre impérativement les justificatifs (copie du livret militaire...)