Merci de retourner ce document dûment complété, accompagné d'une copie de votre arrêté de titularisation comportant la mention « pris connaissance le … signé »
au Siège de l'AP-HP – DHR de l'AP-HP / DGP / SCPM / Centre de Services Partagés – Secteur Validation
3 avenue Victoria – 75184 PARIS CEDEX 04

# DEMANDE DE VALIDATION FORMULÉE PAR L'AGENT TITULAIRE CNRACL

Imprimé à utiliser exclusivement à compter du 1er janvier 2004

## A – IDENTIFICATION DE L'AGENT :

Numéro complet d'affiliation à la CNRACL : (à compléter par l'employeur)

**Je soussigné(e) :** ❒ Madame ❒ Monsieur

**A 1** Nom patronymique *(nom de naissance)* :

**A 2** Nom d'usage *(nom d'épouse, veuve, divorcé,…)* :

**A 3** Prénoms *(dans l'ordre de l'état civil)* :

**A 4** Date de naissance :

NIR *(le NIR est votre numéro de sécurité sociale)* :

**Deme urant**

**A 8** Étage, appartement, porte, boîte aux lettres :

**A 9** Bâtiment, escalier, entrée, bloc, tour, résidence :

**A 10** Numéro et nom de la rue, avenue, voie *(ne pas oublier bis, ter … si nécessaire)* :

**A 11** Lieu-dit ou hameau :

**A 12** Code postal :

Commune ou pays :

## B – DEMANDE DE VALIDATION :

❒ de mes services de non titulaire.

❒ de mes études : infirmier(ère), sage-femme, assistant€ social(e).

*Je donne procuration à la CNRACL pour demander mon BSCT (bulletin de situation de compte titulaire) à l'Ircantec et le relevé de carrière à la CARSAT (caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) de mon lieu de domicile.*

**Date obligatoire :**

**Signature du demandeur agissant en qualité de :**

*(à cocher obligatoirement)*

❒ Agent ❒ Représentant légal

## C – IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR :

**C 1** SIRET de la collectivité : **2 67 500 452 000 11**

**C 3** Dénomination de la Collectivité : **ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS**

| Personne à contacter : | Nom et adresse du service : | Numéro de téléphone : |
|---|---|---|
| **Secteur Validation** | **Centre de Services Partagés** | **01 45 13 68 00** |

## D – SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT AU JOUR DE LA DEMANDE :

*(cadre réservé au Centre de Services Partagés)*

**Titularisation ou réintégration :** Date d'effet de la titularisation — Date de notification*ou à défaut, date de décision :

*(immédiatement antérieure à la demande)* **D 1** **D 2**

** Pour les agents intercommunaux ou à temps non complet, voir la notice au verso)*