

AM 2a – DONNEES PERSONNELLES

 N° matricule/dossier /

 Date d'effet :
Service émetteur

Affectation (Divad) :

 .

 Office / Etablissement :
Collaborateur-trice

 Nom :

 Prénom :

<input checked="" type="checkbox"/>	Identité	Né-e le : 	NSS 756.
		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
<input type="checkbox"/>	Adresse officielle	Rue, N° 	Case postale (CP): NPA / localité :
		NPA, localité : 	<i>Si CP, adresse complète indispensable</i>
		Canton : 	Pays :
<input type="checkbox"/>	Situation de famille	Dès le : 	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié-e <input type="checkbox"/> Séparé-e <input type="checkbox"/> Divorcé-e <input type="checkbox"/> Partenariat enregistré <input type="checkbox"/> Veuf-ve <input type="checkbox"/> Changement de nom :
<input type="checkbox"/>	Allocations familiales	<input type="checkbox"/> Oui => <i>Si allocations demandées, remplir AM 3</i> <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/>	Compte salaire	<input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/> Banque Titulaire : 	IBAN : CH
<input type="checkbox"/>	Origine	Pays : 	Canton :
<input type="checkbox"/>	Permis de travail	<input type="checkbox"/> C autorisation d'établissement <input type="checkbox"/> B autorisation de séjour <input type="checkbox"/> L autorisation de courte durée <input type="checkbox"/> G autorisation frontalière <input type="checkbox"/> Autre préciser : 	
<input type="checkbox"/>	Impôt à la source	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/>	Autre employeur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> CHUV <input type="checkbox"/> UNIL Si « autre » nom : Adresse : NPA, localité : 	Si oui, taux d'activité % <input type="checkbox"/> Autre Tél.
<input type="checkbox"/>	Emplois antérieurs	ACV, CHUV, UNIL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Annexes

Selon liste jointe

Données certifiées exactes

 Date :

Signature collaborateur-trice :

Dossier traité par

Nom :

Prénom :

Tél.

Date :

Signature :

Enregistré par
 SPEV
 OPES

Mois mutation :

Date :

Visa :