

DOSSIER DE FIN DE CARRIERE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS
OU
PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| | | | | |
|--------------------------|---|-------|--|-------|
| Je soussigné(e) : | Nom : | | | |
| | Prénom : | | | |
| | Nom d'usage : | | | |
| | Date de naissance : | | | |
| | N° d'identification : (numéro de sécurité sociale) | | | |
| | CH&U d'affectation : | | | |
| | N° de l'emploi : | | | |
| | Grade – échelon : | | | |
| | Corps : (rayer les mentions inutiles) | PU-PH | | PU-MG |

Les intéressés sont invités à présenter l'intégralité de leurs demandes quand ils atteignent leur limite d'âge.

Le dossier de fin de carrière comportant les quatre feuillets dûment renseignés doit être accompagné des pièces justificatives exigées pour chaque demande et des avis ou visas nécessaires. Les avis défavorables doivent être motivés.

Le dossier de fin de carrière doit être impérativement transmis par la voie postale (aucun dossier envoyé par courriel ne sera accepté sauf si demande expresse de notre part).

Doivent être joints à tout dossier de fin de carrière les arrêtés précédemment pris (disponibilité, recul de limite d'âge, prolongation d'activité,...)

Tout dossier incomplet sera retourné à l'établissement.

1 - Demande de recul de limite d'âge pour charges de famille

Sollicite un recul de limite d'âge, conformément aux dispositions de la loi du 18 août 1936 modifiée.

**La demande doit être accompagnée d'une photocopie du livret de famille.
Pour les enfants à charge, joindre un certificat de scolarité et un justificatif de perception des prestations familiales.**

A :

- d'un an** étant parent d'au moins 3 enfants vivants à l'âge de 50 ans ; nombre d'enfants :

B :

| | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Demande un recul réservé au parent d'enfant(s) à charge de moins de vingt ans scolarisé(s) | <input type="radio"/> d'un an pour un enfant | <input type="radio"/> de deux ans pour deux enfants | <input type="radio"/> de trois ans pour trois enfants |
|--|---|--|--|

La notion d'enfant à charge doit être interprétée au regard de la réglementation concernant les prestations familiales.

C :

- d'un an** étant parent d'un enfant à charge atteint d'une invalidité égale ou supérieure à 80 % ou d'un enfant ouvrant droit au versement de l'allocation aux adultes handicapés (fournir la photocopie de la carte d'invalidité)

Les avantages A et B ne peuvent pas se cumuler entre eux mais peuvent se cumuler avec C.

| | | | |
|--------|---|-----------|---|
| Soit : | Du <i>(date de la limite d'âge)</i> | au | au <i>(date de la fin de recul de limite d'âge pour enfant)</i> |
|--------|---|-----------|---|

Fait à _____, le _____

(signature du demandeur)

Visa du directeur de l'UFR

Visa du directeur général du CHU

Pour les PU-PH

2- Prolongation d'activité au-delà de la limite d'âge
(article 1^{er}-1 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 modifiée)

Demande à bénéficier d'une prolongation d'activité, conformément aux dispositions de l'article 1^{er}-1 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 modifiée.

La demande doit être accompagnée :

- d'un certificat médical d'aptitude physique ;
- d'un décompte des bonifications évaluées en trimestres (application du logiciel « pensions »).

Nombre de trimestres demandés :

Soit : **du** _____ **au** _____
(date de la limite d'âge ou de la fin de recul de limite d'âge pour enfant)

Fait à _____, le _____

(signature du demandeur)

Avis du directeur de l'UFR

Avis du directeur général du CHU

Pour les PU-PH

NB : TOUT AVIS DEFAVORABLE DOIT ETRE MOTIVE

3- Demande d'admission à la retraite

a. Demande à être admis(e) à la retraite :

| | |
|----------------|---|
| à compter du : | date antérieure à la limite d'âge du corps |
| à compter du : | date de la limite d'âge du corps merci de prendre en compte le tableau joint de l'évolution de la limite d'âge (à compléter si vous ne demandez pas un recul de limite d'âge et/ou une prolongation d'activité) |
| à compter du : | date de la limite d'âge personnelle, (à compléter si vous demandez un recul de limite d'âge et/ou une prolongation d'activité) |

b. Maintien en fonctions dans l'intérêt du service :

(à ne pas remplir si vous demandez un maintien en activité en surnombre)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> demande à être maintenu(e) | en fonctions, dans l'intérêt du service , jusqu'à la fin de l'année universitaire qui suit la date effective de ma retraite (a) (article L 952-10 du code de l'éducation). NB : TOUT AVIS DEFAVORABLE DOIT ETRE MOTIVE soit le 31 août 20.. |
| Ou | |
| <input type="checkbox"/> demande à ne pas être maintenu(e) | |

Fait à _____, le _____

(signature du demandeur)

Avis du directeur de l'UFR

Avis du directeur général du CHU

Pour les PU-PH

4- Demande de maintien en surnombre

| | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> demande le bénéfice du maintien en activité en surnombre universitaire : (article L.952-10 du code de l'éducation et L.6151-3 du code de la santé publique) | |
| Soit du _____ au _____ | |
| NB : La durée du surnombre est réduite : - à due concurrence de l'augmentation de la limite d'âge du corps induite par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite ; - et, le cas échéant, de la durée de la prolongation d'activité octroyée au titre de l'article 1 ^{er} -1 de la loi n°84-834 du 13 septembre 1984. Ce dispositif peut se cumuler avec un recul de limite d'âge. | |
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Demande également à bénéficier du consultanat hospitalier : (la demande doit être instruite localement conformément aux dispositions de l'article D.6151-3 du code de la santé publique) | |
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> demande à être maintenu(e) | en fonctions, dans l'intérêt du service, jusqu'à la fin de l'année universitaire qui suit la fin du surnombre (article L 952-10 du code de l'éducation), soit le 31 août 20.. |
| <input type="checkbox"/> demande à ne pas être maintenu(e) | |

Fait à _____, le _____

(signature du demandeur)

Visa du directeur de l'UFR

Visa du directeur général du CHU

Pour les PU-PH