


D.A.F. 1B
2G rue Général Delaborde
21000 DIJON
03.80. 44.84.00

FICHE DE RENSEIGNEMENTS TZR

(Entre l'établissement de **RATTACHEMENT** et
l'établissement d' **AFFECTATION**)

ETAT CIVIL		FONCTION				
Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur		Grade ou emploi / discipline :				
Nom :		Nom et adresse de l'établissement RATTACHEMENT :				
Prénom :				
Nom de famille :		Code postal Ville.....				
Date de naissance :		Nom et adresse de l'établissement AFFECTATION 1 :				
Domicile habituel le plus proche du lieu de travail :				
Code postal Ville.....		Code postal Ville.....				
Tél. :		Nom et adresse de l'établissement AFFECTATION 2 :				
 Fournir la copie de votre arrêté d'affectation ou une impression d'écran I-PROF. Tout dossier incomplet sera retourné à l'intéressé(e).					
Code postal Ville.....		Code postal Ville.....				
TRANSPORT						
Véhicule personnel (en l'absence de moyen de transport public adapté et sur autorisation DAF) (joindre copie carte grise + attestation d'assurance au nom de l'intéressé).		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Abonnement DIVIA (DIRH)		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Abonnement SNCF (DIRH)		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Autre (précisez)		Trajet :				
.....						
ETABLISSEMENT RATTACHEMENT Nom :						
Dates de nomination : du/...../..... au/...../..... // Nombre d'heures :						
EMPLOI DU TEMPS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Veillez détailler vos horaires de travail.						
Matin	Début : : : : :
	Fin : : : : :
Après midi	Début : : : : :
	Fin : : : : :
CERTIFIE EXACT A le Signature de l'intéressé (e)				CERTIFIE EXACT A le Cachet et signature du chef d'établissement de rattachement <i>obligatoire</i>		

ETABLISSEMENT AFFECTATION 1 Nom :							
Dates de nomination : du/...../..... au/...../..... // Nombre d'heures :							
EMPLOI DU TEMPS		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Veillez détailler vos horaires de travail.							
Matin	Début : : : : : :
	Fin : : : : : :
Après midi	Début : : : : : :
	Fin : : : : : :
CERTIFIE EXACT A le Signature de l'intéressé (e)				CERTIFIE EXACT A le Cachet et signature du chef d'établissement d'affectation <i>obligatoire</i>			

ETABLISSEMENT AFFECTATION 2 Nom :							
Dates de nomination : du/...../..... au/...../..... // Nombre d'heures :							
EMPLOI DU TEMPS		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Veillez détailler vos horaires de travail.							
Matin	Début : : : : : :
	Fin : : : : : :
Après midi	Début : : : : : :
	Fin : : : : : :
CERTIFIE EXACT A le Signature de l'intéressé (e)				CERTIFIE EXACT A le Cachet et signature du chef d'établissement d'affectation <i>obligatoire</i>			

Si vous êtes affecté sur plus de deux établissements secondaires, veuillez compléter une fiche supplémentaire.