

DECLARATION COMMUNE DE CHOIX D'ALLOCATAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION DU SFT

DANS LE CAS D'UN COUPLE D'AGENTS PUBLICS OU ORGANISMES FINANCES A PLUS DE 50% PAR L'ETAT

Madame Monsieur (1) :est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément Familial de Traitement.

(1) A cocher

SITUATION FAMILIALE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nationalité :	Nationalité :
Date de naissance :	Date de naissance :
N° INSEE : _____	N° INSEE : _____
Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :

SITUATION PROFESSIONNELLE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</u>
Profession (grade) :	Profession (grade) :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.

Fait à , le.....

Signature obligatoire de l'Agent Signature obligatoire du conjoint (ou ex-conjoint)

**CACHET DE L'ADMINISTRATION OU ORGANISME DU CONJOINT (OU EX-CONJOINT)
QUI ABANDONNE SON DROIT**

A faire remplir obligatoirement à l'exception des personnels payés par le Rectorat de Toulouse

M. / Mme

Perçoit le SFT depuis le.....

Ne perçoit pas le SFT depuis le.....

Fait à , le..... **Cachet et Signature**