**CSRHS Dijon Affiliations Validations**

**FORMULAIRE DE CREATION DE DEMANDE**

A adresser à [csrhs.affil-valid@laposte.fr](mailto:csrhs.affil-valid@laposte.fr)

Nom Prénom :

Nom de jeune fille :

Numéro de sécurité sociale : Date de naissance :

N° de téléphone :

Adresse actuelle :

Code Postal: Ville :

Mail : @

Identifiant :

Année travaillée :

Les diverses affectations chronologiquement et les dates les plus précises sur les périodes travaillées, accompagnées autant que possible des copies des justificatifs :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Fonctionnaire ou salarié :