**CSRHS Dijon Affiliations Validations**

**FORMULAIRE DE CREATION DE DEMANDE**

A adresser à 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 :