



**C.N.R.A.C.L.**

N/Réf. : NP/CBR

TOURS, le 5 février 2013

## **« Flash d'Information n° 10 »**

### ***Nouveau formulaire de demande de validation de services***

Le formulaire de "demande de validation formulée par l'agent titulaire CNRACL" a été modifié :

- à la rubrique "A" (identification de l'agent), le nom patronymique a été remplacé par le **nom de famille**, et la civilité "Mademoiselle" a été supprimée ;
- à la rubrique "D" (situation administrative de l'agent au jour de la demande), la **date d'effet de titularisation** doit être mentionnée et non plus la date de décision.

Cette nouvelle version est à utiliser pour toute nouvelle demande de validation formulée par un agent titulaire.

Madame **Christelle BRAULT** du service CNRACL du Centre de Gestion d'Indre-et-Loire, se tient à votre disposition pour tout complément d'information. Vous pouvez la joindre par téléphone au 02.47.60.85.24 ou par courriel ([cnracl@cdg37.fr](mailto:cnracl@cdg37.fr)).

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, l'expression de mes salutations distinguées.



CAISSE NATIONALE DE RETRAITES  
DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES

ÉTABLISSEMENT DE BORDEAUX

www.cnrACL.fr

Monsieur le Directeur Général  
de la Caisse des dépôts et consignations  
CNRACL  
Service | P | P | M | | | | |  
rue du vergne  
33059 BORDEAUX CEDEX

## DEMANDE DE VALIDATION FORMULÉE PAR L'AGENT TITULAIRE CNRACL

Imprimé à utiliser exclusivement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004

### PRÉCISIONS IMPORTANTES :

Votre demande de validation doit obligatoirement porter sur la totalité des services de non titulaire que vous avez accomplis dans la fonction publique (administrations d'État, collectivités territoriales, collectivités hospitalières, établissements industriels de l'État, etc)

Les demandes émanant des ayants cause ne seront plus acceptées à compter du 1er janvier 2004.

**Rappel :** Pour tous les fonctionnaires titularisés avant le 1er janvier 2004, la demande de validation doit être présentée auprès des employeurs avant le 31 décembre 2008. Dans les autres cas, elle doit être transmise dans un délai de 2 ans, à compter de la notification de la décision de titularisation.

À la réception de la notification de validation, vous disposez d'un an pour accepter explicitement la validation ou pour y renoncer (toute acceptation ou renonciation est définitive). Passé ce délai, et conformément au nouveau texte en vigueur, il sera considéré que l'absence de réponse de votre part vaut renonciation.

- La validation acceptée entraîne l'annulation des éventuels droits acquis auprès du régime général de la Sécurité Sociale et de l'Ircantec, ainsi que le transfert des cotisations correspondantes vers la CNRACL.

### COMMENT REMPLIR CET IMPRIMÉ ?

Pour effectuer votre demande de validation, vous devez compléter avec soin les rubriques A, B et D qui se trouvent au verso du présent imprimé.

**Pour les agents intercommunaux et/ou à temps non complet : si vous n'étiez pas affiliable lors de votre titularisation, indiquez en rubrique D2, la date d'effet de l'affiliation (titulaire affiliable).**

Si vous habitez à l'étranger : inscrivez sous la rubrique A11 le code postal suivi du nom de l'État ou de la ville de résidence et, sous la rubrique A12 le nom du pays sans code postal.

- N'oubliez pas de dater et de signer votre demande (la date de signature valant date de demande). Toute demande non signée sera rejetée et devra donc faire l'objet d'une nouvelle demande avec une nouvelle date.

### VOTRE EMPLOYEUR DOIT :

- Rajouter votre numéro d'affiliation auprès de la CNRACL ;
- Compléter la rubrique en C de l'imprimé ;
- Vérifier l'ensemble de votre déclaration ;
- Adresser votre demande à la CNRACL, sans aucune pièce justificative ;
- Archiver un exemplaire dans votre dossier et vous en remettre une copie.

Suite à cette demande, la CNRACL adressera un dossier de validation F2075  
à votre employeur. Celui-ci devra le compléter et nous le renvoyer.

F2089-12-08

# DEMANDE DE VALIDATION FORMULÉE PAR L'AGENT TITULAIRE CNRACL

Imprimé à utiliser exclusivement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004

## A - IDENTIFICATION DE L'AGENT :

Numéro complet d'affiliation à la CNRACL :  (à compléter par l'employeur)

Je soussigné(e) :  Madame  Monsieur

**A1** Nom de famille :

**A2** Nom d'usage (nom d'épouse, veuve, divorcée,...) :

**A3** Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

**A4** Date de naissance :

NIR (le NIR est votre numéro de sécurité sociale)

**Demeurant :**

**A8** Étage, appartement, porte, boîte aux lettres :

**A9** Bâtiment, escalier, entrée, bloc, tour, résidence :

**A10** Numéro et nom de la rue, allée, avenue, voie (ne pas oublier bis, ter... si nécessaire) :

**A11** Lieu-dit ou hameau :

**A12** Code postal :

Commune ou pays :

## B - DEMANDE DE VALIDATION :

de mes services de non titulaire.

de mes études : infirmier(ère), sage-femme, assistant(e) social(e).

Je donne procuration à la CNRACL pour demander mon BSCT (bulletin de situation de compte de titulaire) à l'Ircantec et le relevé de carrière à la CARSAT (caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) de mon lieu de domicile.

Date obligatoire :

Signature du demandeur agissant en qualité de :

(à cocher obligatoirement)

Agent  Représentant légal

## C - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR :

**C1** SIRET de la collectivité :

**C3** Dénomination de la collectivité :

Personne à contacter :

Nom et adresse du service :

Numéro de téléphone :

## D - SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'AGENT AU JOUR DE LA DEMANDE :

(rubriques à compléter obligatoirement)

Titularisation :

(immédiatement antérieure à la demande)

Date d'effet de la titularisation

Date de notification\* ou à défaut,  
date de décision :

**D1**

**D2**

\*Pour les agents intercommunaux ou à temps non complet, voir la notice au verso.