3.1.4 Données de référence des membres du corps pastoral (données personnelles)  
pour le service du personnel

**Données personnelles de la personne à engager**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom/ prénom/ |  | | | | |
| Sexe (m/f) |  | | | | |
| Langue de correspondance |  | | | | |
| Adresse |  | | | | |
| NP/lieu |  | | | | |
| Téléphone |  | | | Courriel |  |
| Date de naissance |  | | | Etat-civil |  |
| N° AVS |  | | | Etat-civil depuis |  |
| Lieu d’origine |  | | | Nationalité |  |
| **En cas d’autre nationalité que la nationalité suisse, nous avons besoin des informations pour l’impôt à la source:** | | | | | |
| Permis d’établissement pour étrangers | C  B ou  autres | Joindre la copie du permis (UE/AELE = pas d’imposition à la source)  Joindre la copie du permis (pour permis B, F, G, L ou N: Remplir le formulaire de déclaration des salariés imposés à la source) | | | |
| Religion / confession |  | | | | |
| Type de permis |  | | | | |
| Le conjoint / la conjointe exerce-t-il une activité lucrative?  Oui  non | | | Si oui, en Suisse ou à l’étranger? | | | |

**Données pour l’enregistrement auprès de la caisse de pension**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Le collaborateur/ la collaboratrice est-il/elle au bénéfice d’une rente invalidité de l’assurance-invalidité fédérale ou de mesures de réinsertion ou des clarifications de l’assurance-invalidité sont-elles en cours?  Oui  non | | | |
| S’agit-il d’un engagement à titre accessoire?  Oui  non | | | |
| Données sur le / la conjoint-e ou le/la partenaire enregistré-e | | | |
| Nom/prénom |  | | |
| N° AVS |  | Date de naissance |  |

**Allocations pour enfants, de formation et d’entretien**

🡺Au cas où vous solliciteriez le versement d’allocations de ce type, merci de bien vouloir également remplir intégralement le formulaire «formulaire de demande ou de modification pour les allocations familiales»

**Indications pour le versement du salaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Institut financier | Nom et siège |
|  | Numéro IBAN |
| (A ne remplir que si le nom du détenteur/de la détentrice du compte est différent de celui du/de la titulaire du poste) | |

**Remarques**

|  |
| --- |
|  |

**Certifié conforme**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lieu/date |  | Signature du collaborateur / de la collaboratrice |  |

Merci de remplir intégralement ce formulaire de données individuelles, et de le faire parvenir par courrier postal ou électronique (scan) à l’adresse ci-dessous.