

ORGANISATION DESIGNATRICE

ORGANISME DE SECURITE SOCIALE	
URSSAF REGIONALE DE :	CONSEIL DEPARTEMENTAL DE :

<input type="checkbox"/> TITULAIRE
<input type="checkbox"/> SUPPLEANT <sup>1</sup>

Pour les délégations CGPME et UPA
<input type="checkbox"/> EMPLOYEUR
<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR INDEPENDANT

**FICHE INDIVIDUELLE**

**NB : TOUS LES RENSEIGNEMENTS SONT ABSOLUMENT INDISPENSABLES  
LA FICHE DOIT ETRE COMPLETEE EN LETTRES MAJUSCULES**

**ETAT CIVIL**

- Mme
- M.

**NOM D'USAGE.....**

**NOM DE FAMILLE <sup>2</sup> .....**

**PRENOMS.....**

**DATE DE NAISSANCE .....**

**LIEU DE NAISSANCE .....**

**DEPARTEMENT OU PAYS DE NAISSANCE (si né(e) à l'étranger).....**

**ETES-VOUS DEJA ADMINISTRATEUR(TRICE) D'UNE URSSAF ?**

- OUI
- NON

**SI OUI, LAQUELLE ? .....DEPARTEMENT : .....**

**DATE DE DESIGNATION AU SEIN DE CETTE URSSAF : .....**

<sup>1</sup> Cocher la case correspondante

<sup>2</sup> Nom de naissance

**COORDONNEES**

**ADRESSE DOMICILE**

Numéro .....Type et nom de voie.....

.....

Code postal .....Ville .....

**ADRESSE D'ENVOI DES CONVOCATION (si différente de l'adresse domicile)**

Numéro.....Type et nom de voie .....

.....

Code postal .....Ville .....

**N° TELEPHONE**

Travail.....

Domicile .....

Portable .....

**MESSAGERIE ELECTRONIQUE**

.....@.....

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

**PROFESSION .....**

**ANCIENNE PROFESSION SI RETRAITE .....**

.....

**SI VOUS ETES SALARIE(E) :**

**Nom de l'employeur (y compris pour l'employeur de personnel de maison)**

.....

**Libellé de l'emploi exercé et fonctions assurées .....**

.....

**Adresse professionnelle**

Numéro ..... Type et nom de voie .....

.....

Code postal ..... Ville .....

**SI VOUS N'ETES PAS SALARIE(E)**

**Catégorie<sup>3</sup> :**

- Assuré volontaire
- Particulier employeur
- Travailleur indépendant
- Employeur

Raison sociale de l'entreprise .....

Numéro SIREN ou SIRET .....

Numéro de compte cotisant URSSAF de l'entreprise .....

Numéro de compte cotisant RSI ou URSSAF si vous êtes travailleur indépendant.....

.....

**SI VOUS ETES EMPLOYEUR DE PERSONNEL A DOMICILE (garde d'enfant, travaux ménagers...)**

**Selon le cas :**

Numéro de compte cotisant en URSSAF .....

Numéro de compte cotisant au CNESU .....

Numéro de compte cotisant auprès du centre national PAJEMPLOI .....

.....

A .....,

Le .....

**SIGNATURE :**

<sup>3</sup> Cocher la ou les cases correspondantes

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Les exigences auxquelles doivent satisfaire les conseillers et administrateurs au moment de leur désignation et tout au long de l'exercice de leur mandat sont fixées aux articles L.144-1, L.231-6 et L.231-6-1 du code de la sécurité sociale. Elles ont pour objet de garantir la probité des conseillers et administrateurs à l'égard des organismes de sécurité sociale. Elles ont également pour objet d'écartier tout risque de conflit d'intérêt entre l'activité professionnelle, ou toute autre activité, et celle de l'organisme. Elles sont ainsi de nature à garantir l'impartialité des positions et décisions prises au sein des conseils et des conseils d'administration.

S'il s'avérait que la situation, en cours de mandat, n'était plus en conformité avec ces différents critères où que la présente déclaration avait été indument renseignée, les intéressés seraient aussitôt déchus de leur mandat.

Concernant les personnes qui sont assurés volontaires ou personnels, employeurs ou travailleurs indépendants, leur situation à l'égard des organismes du recouvrement fera l'objet de contrôles de la part de la Mission nationale de contrôle et d'audit qui s'assurera ainsi qu'ils sont à jour de leurs cotisations sociales.

A la lumière de ces précisions, **il est demandé à chaque candidat aux fonctions d'administrateur ou de conseiller départemental d'inscrire de façon manuscrite la mention « j'atteste sur l'honneur » au début des paragraphes 1, 2, 3, 4 et 5 et la mention « je m'engage à » au début du paragraphe 6.**  
Pour être valide, l'attestation doit par ailleurs être datée et signée

Je soussigné(e) : NOM.....PRENOM :.....

1) (*atteste sur l'honneur*).....

- être âgé au moins de 18 ans et au plus de 65 ans à la date d'effet de ma nomination (le 66<sup>ème</sup> anniversaire ne doit pas être atteint) ;
- ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle ou, dans les cinq années précédentes, à une peine contraventionnelle, prononcées en application du code de la sécurité sociale ;
- n'avoir encouru aucune des condamnations mentionnées à l'article L 6 du code électoral.

2) Rubrique concernant l'assuré volontaire ou personnel, l'employeur et le travailleur indépendant :

(*atteste sur l'honneur*).....

- avoir satisfait à mes obligations en matière de cotisations de sécurité sociale.

3) (*atteste sur l'honneur*) .....

- ne pas être membre du personnel d'un organisme de sécurité sociale, de ses unions, fédérations ou de ses établissements ;
- ne pas avoir exercé les fonctions d'agent de direction depuis moins de cinq ans dans un organisme de la branche pour laquelle le mandat est sollicité ;
- ne pas être un ancien membre du personnel de ces mêmes organismes, ayant fait l'objet, depuis moins de 10 ans, d'un licenciement pour motif disciplinaire ;
- ne pas exercer, ou avoir cessé d'exercer depuis moins de cinq ans, des fonctions de contrôle ou de tutelle sur l'organisme dans lequel j'exercerai mes fonctions d'administrateur ;
- ne pas exercer de fonction d'assesseur ou d'assesseur suppléant des tribunaux des affaires de sécurité sociale ou des tribunaux du contentieux de l'incapacité.

4) (*atteste sur l'honneur*)..... :

que mon activité professionnelle ou certaines responsabilités exercées dans le ressort de l'organisme où je remplirai mes fonctions d'administrateur ne correspond à aucune des situations mentionnées ci-dessous :

- ne pas exercer, en tant que salarié ou non, les fonctions d'administrateur, de directeur ou de gérant d'une entreprise, institution ou association à but lucratif qui bénéficie d'un concours financier de la part dudit organisme, ou qui participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services, ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;
- ne pas percevoir, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part d'un organisme du régime général de sécurité sociale ;
- dans l'exercice de mon activité professionnelle, ne pas plaider, consulter pour ou contre l'organisme où je siégerai, ou effectuer des expertises pour l'application de la législation de sécurité sociale à des ressortissants dudit organisme ;
- ne pas être agent des sections locales de la caisse primaire d'assurance maladie ou CGSS où je siégerai (1) ;
- ne pas exercer des fonctions de direction dans un établissement public ou privé de santé, ni détenir un mandat d'administrateur dans un établissement privé de santé (2) ;
- ne pas produire, offrir ou délivrer des soins, des biens ou des services médicaux donnant lieu à prise en charge par l'assurance maladie et ne pas être mandataire d'organisations représentant les professions des personnes qui produisent, offrent ou délivrent de tels soins, biens ou services médicaux (2).

- 5) Pour les personnes désignées au sein du conseil d'administration d'une URSSAF, d'une CGSS ou d'un conseil départemental

(atteste sur l'honneur).....

- ne pas exercer les fonctions d'administrateur du Régime social des indépendants (3)

- 6) (m'engage) .....

- à informer la Mission nationale de contrôle et d'audit de tout changement concernant l'une des situations mentionnées ci-dessus.

DATE.....

SIGNATURE DU CANDIDAT

- 
- (1) – Uniquement pour les désignations aux conseils des CPAM et des CGSS  
(2) – Uniquement pour les désignations aux conseils de la CNAMTS et des CPAM, ainsi qu'aux conseils d'administration des CRAM et des CGSS  
(3) – Uniquement pour les URSSAF, CGSS et Conseil départemental