Contrat

# **Demande d’ordre de mission**

## Valant autorisation d’absence de la résidence administrative

** Métropole  Dom Tom  Etranger** ** Avec frais  Sans frais**

#### ** Concours  Examens professionnels.** Décret n 2006-781 du 3 juillet 2006 et décret n°2019-139 du 26/02/2019



***Remplir la partie en annexe concernant le recensement des risques et les moyens de prévention à adopter***

|  |
| --- |
| **Mme – M Nom : Prénom :**    **Grade ou Fonction : Compo/labo/service :** |

|  |
| --- |
| **Objet du déplacement**(joindre justificatif) :  **Demande d’avance sur les frais engagés par l’agent UCA : Oui** (le montant de l’avance est limité à 75% des frais) **Non**  |

|  |
| --- |
| **Sollicite l’autorisation de se rendre à :**  Ville de destination : Code postal : Pays :    Organisme d’accueil : |
| **Durée prévue du déplacement :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***DEPART*** | | | ***Période à l’étranger ou DOM-TOM*** | | | | | | ***ARRIVEE*** | | |
| Résidence **principale\*\***  Résidence administrative\*\* | | | Arrivée | | | Départ | | | Résidence **principale**  Résidence administrative | | |
| Lieu départ | Date | Heure | Date | Heure | Lieu | Date | Heure | Lieu | Date | Heure | Lieu arrivée |
| **Itinéraire aller** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *ETAPE 1* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *ETAPE 2* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Itinéraire retour** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*\*Résidence administrative** : lieu de la commune sur lequel se situe le service d’affectation du missionnaire.

**\*\*Résidence principale** : lieu de résidence principal du missionnaire figurant comme domicile sur la déclaration d’impôts sur le revenu.

***Les déplacements effectués par le missionnaire entre son domicile et son lieu de travail ne donnent lieu à aucun remboursement.***

|  |  |
| --- | --- |
| Séjour pour convenance personnelle\* | du ………………………….…au……………..……….…….  \* *Période pour laquelle le missionnaire se déplace pour son compte personnel.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prise en charge des frais de séjour :**  **Les justificatifs de repas , d’hébergement et de colloque/congrès sont à joindre à l’état de frais.** | | |
| **Par l’Université Clermont Auvergne :** | **Par un autre organisme (si oui lequel) :** | **Inscription colloque, congrès :** |
| **Repas :** oui  non   **Nuitée :** oui  non   Nuitée prise en charge par bon de commande oui  non  | **Repas**: oui non   **Nuitée :** oui non  | Remboursement à l'agent   Paiement par un autre organisme   Bon de commande fourni par UCA  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prise en charge des frais de transport : Tous les justificatifs de ces dépenses seront à joindre à l’état de frais** | |
| Par l’Université Clermont Auvergne :    AVION  Billet fourni par l’administration   SNCF  Billet fourni par l’administration   Bus, métro, tram, RER  Taxi\*\*\* Bateau  Visa Vaccin   Péage\*\*\* Parc de stationnement\*\*\*   Essence (en cas d’utilisation de véhicule de location)\*\*\*   \*\*\**L'utilisation d’un taxi, d’un véhicule personnel ou d’un véhicule de location est permise si l’intérêt du service le justifie.*  *NB : le covoiturage extérieur est interdit.* | Par un autre organisme  Si oui lequel :  ………………………………………….  Avion SNCF  Autres (à préciser)  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Je sollicite l’autorisation d’utiliser mon véhicule personnel, un véhicule de service de l’UCA ou de location :** | |
| N° d’immatriculation : …………………………………………  Véhicule personnel de service de l’UCA  Location  | Noms des personnes transportées : |
| **Je certifie être titulaire du permis de conduire et posséder des points sur ce dernier **  **En cas de perte, retrait ou suspension de mon permis, je m’engage à informer immédiatement et simultanément mon supérieur hiérarchique de la mesure dont j’ai fait l’objet, à savoir le premier jour de travail suivant celui où la mesure m’a été notifiée.**  *Fournir* **la carte grise et** *l'attestation d’assurance**précisant garantir d’une manière illimitée la responsabilité du conducteur au titre de tous les dommages qui seraient causés par l’utilisation de son véhicule à des fins professionnelles tant en France qu’à l’étranger et que la garantie est étendue aux personnes transportées le cas échéant.* | |

|  |
| --- |
| **Assurance TOKIO MARINE KILN INSURANCE : Assistance Rapatriement des personnes - FR030118TT.**  **De France : 01.48.82.62.35**  **De l’étranger : (33) 1 48 82 62 35** |
|  |
| *Personnel enseignant :*  Je déclare avoir informé préalablement ma composante ou mon laboratoire du présent déplacement. 🞏 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fait à Le  Signature de l’intéressé(e), | Fait à  Le  [fonction]  Avis et signature | Fait à  Le  [fonction]  Avis et signature | **En cas de déplacement dans un pays à risque.**  Fait à Le  Le fonctionnaire Sécurité et Défense | **En cas de mission à l’étranger ou d’absence supérieure à 8 jours**  Fait à  Le Le Président |

|  |  |
| --- | --- |
| **Partie réservée au responsable des crédits :**  Centre(s) Financier(s):  éOTP(s) :  *Co-Financement laboratoire-composante-service :*    oui  (si oui nom :……………………………………………………………..…………..)  non  | |
| **Nom, prénom du responsable des crédits :** | **Visa :** |
| **Remboursement véhicule personnel :**  Sur la base d’indemnités kilométriques   Sur la base SNCF 2ème classe PRO   Non remboursé  | **Location de véhicule :**  Remboursement au missionnaire   Prise en charge par bon de commande UCA  |

**DUREE DE LA MISSION**

□ < 8 jours □ ≥ 8 jours et < 1 mois □ ≥ 1 mois

**COORDONNEES EN CAS D’URGENCE**

*n° de téléphone et e-mail où vous serez joignable en cas d’urgence*

………………………………………………………………………………

**INFORMATIONS SUR LE PAYS DE DESTINATION**

J’atteste avoir pris connaissance de la « fiche sécurité pays » du pays de

destination disponible sur le site internet du ministère des affaires étrangères (<https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>)

La mission implique-t-elle de vous rendre dans une zone classée « orange » par le ministère français chargé des affaires étrangères ? □ Oui □ Non

*Si oui, l’autorisation préalable du fonctionnaire de défense et Sécurité de l’Université est impérative. Les zones classées « rouge » sont interdites.*

**EXPERIENCE DU TERRAIN DU MISSIONNAIRE**

□ Bonne □ Restreinte

**CONDITIONS D’HEBERGEMENT ET D’ALIMENTATION**

□ Standard (hôtels, etc.) □ Chez l’habitant □ Bivouac itinérant

**CONDITIONS D’ENVIRONNEMENT**

Ambiance Thermo-Hygrométrique □ Moyenne □ Extrême

Haute altitude (> 3000 m) □ Oui **(\*)** □ Non

Hyperbarie □ Oui □ Non

Zone à endémie infectieuse □ Oui **(\*)** □ Non

*(paludisme, fièvre jaune, rage, hépatites ...etc)*

**CONDITIONS TECHNIQUES D’ACTIVITE ET IDENTIFICATION DES RISQUES**

Modes de transport envisagés et durée du voyage : ………………….……………….

…...……………………………………………………..…………………………………….

Activité de terrain : □Oui □ Non

Si oui : □ Zone urbaine □ Zone rurale (préciser le type de zone tel que plaine, montagne, cours d’eau, forêt, désert, …) : ……......…………………..……….

□ Travail isolé □ Travail en équipe

□ Travail de bureau, Enseignement, Colloque, Réunions

□ Enquêtes auprès des populations

RISQUES IDENTIFIES (cf intranet « risques liés aux déplacements et missions »)

□ Risques physiques □ Autres risques

*(bruit, machines-outils, manutention, …) (rayonnement ionisant, vol long-courrier, …)*

□ Risques biologiques □ Risques chimiques

Si autres risques, préciser : ……………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………..

□ Risques différents de ceux rencontrés sur le poste de travail habituel **(\*)**

**MOYENS DE PREVENTION, DE PROPHYLAXIE, DE SECOURS, JUGES**

**INDISPENSABLES AU VU DES RISQUES IDENTIFIES**

Moyens de communication □ Oui □ Non *(se munir des numéros utiles)*

Si oui, préciser lesquels : …………………………………………………

Trousse de secours d’urgence □ Oui □ Non

Médicaments □ Oui □ Non

Informations ou formations souhaitées □ Oui □ Non

Si oui, préciser : …………………………………………………………….

Présence d’équipements de protection individuelle □ Oui □ Non

Si oui, préciser : ……………………………………………………………

Présence de sauveteur Secouriste du Travail □ Oui □ Non

Si oui, préciser le nombre : …………………………………………………………….

Autres mesures de prévention □ Oui □ Non

Si oui, préciser : ………………………………………………………..

**SANTE :** Dernière visite médicale inférieure à 5 ans □ Oui □ Non **(\*)**

Si oui, joindre la fiche médicale de visite à l’ordre de mission

(\*) : si coché : prendre rendez-vous avec le Service de Santé au Travail

Rendez-vous pris avec le médecin de prévention : □ Oui date : ……..……...□Non

Autres observations sur la prévention des risques liés à la mission :……..….………

………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..…………

Date :

L’intéressé Le chef de service

Nom et signature Nom et signature :

**EVALUATION DES RISQUES AVANT DEPART EN MISSION**

**Déplacements en France métropolitaine pour des missions sans risques spécifiques (réunions, colloques, congrès, …)**

**DUREE DE LA MISSION**

□ < 8 jours □ ≥ 8 jours et < 1 mois □ ≥ 1 mois

**COORDONNEES EN CAS D’URGENCE**

*n° de téléphone et e-mail où vous serez joignable en cas d’urgence*

………………………………………………………………………………

**CONDITIONS DE DEPLACEMENT**

Modes de transport envisagés :

□ voiture □ train □ avion

Durée du trajet : ……………………………………………………………

**RISQUES IDENTIFIES pour la conduite de véhicule**

□ Conduite de nuit □ Conduite en période hivernale (route glissante)

**MOYENS DE PREVENTION**

Conseils pour les déplacements en voiture :

* Ne pas prendre la route si fatigue
* Pause toutes les 2 heures / se relayer au volant
* Ne pas consommer de substances psycho-active (alcool, drogues, certains médicaments, …)
* Entretien régulier du véhicule
* Contrôle visuel du véhicule avant chaque départ (pneumatique, niveaux, gilet jaune, …)

□ Risques différents de ceux rencontrés sur le poste de travail habituel **(\*)**

**SANTE :** Dernière visite médicale inférieure à 5 ans ? □ Oui □ Non **(\*)**

(\*) : si coché : prendre rendez-vous avec le Service de Santé au Travail

Autres observations sur la prévention des risques liés à la mission :…………………………………………..…..….………

………………………………………………………………………………………...………………………………...…………….

……………………………………………………………………………………..……………………………………………...…...

Date :

L’intéressé Le chef de service

Nom et signature Nom et signature :