|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Etablissement de Saclay | DEMANDE D’AUTORISATION  D’ACCES AUX SITES DU CEA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Modèle DAASC  04 - 2017 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERVENANT *(à renseigner par l’intervenant)*  Joindre obligatoirement la photocopie recto verso de la pièce d’identité en cours de validité  *Carte Nationale d’Identité ou Passeport uniquement*  *Les éléments indiqués ci-dessous en lettres majuscules doivent être conformes à la pièce d’identité* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de naissance \* |  | | | | | | | | | | | 1er Prénom \* | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nom d’usage \* |  | | | | | | | | | | | 2ème Prénom | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Date de naissance \* |  | | | | | | | | | | | Lieu de naissance \* | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Code postal du lieu de naissance \*  *99999 si né(e) à l’étranger* | | |  |  |  |  | |  | | | | Pays de naissance \* | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nationalité actuelle \* |  | | | | | | | | | | | Nationalité d’origine \* | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse de résidence *(n°- appartement - rue)* \* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Ville de résidence \* |  | | | | | | | | | | | | | | Code Postal \* | | | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| N° de téléphone \* |  | | | | | | | | | Adresse mail | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| SITUATION PROFESSIONNELLE DE L’INTERVENANT *(à renseigner par l’employeur ou à défaut par l’intervenant)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l’employeur actuel ou de l’organisme d’affectation (entreprise, école, organisme) \*  ou timbre de la société | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profession \* | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de SIRET de l’employeur *(14 chiffres)* \*  *Obligatoire pour les entreprises françaises* | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
| Date \* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature de l’intervenant \* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*Les champs marqués d’une \* doivent être impérativement renseignés*

Le droit d’accès aux informations vous concernant, tel que prévu par la loi n° 78 - 17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’exerce de façon indirecte auprès de la CNIL, 3,Place de Fontenoy -TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CARACTERISTIQUES DE L’INTERVENTION *(à renseigner par l’unité CEA ou le donneur d’ordre)* | | | |
| Date de début \* |  | Date de fin \* |  |
| Lieu \* *(Installation, Bâtiment)* |  | | |
| N° de marché (ou de commande) |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMPLOYEUR OU ORGANISME DE RATTACHEMENT OU ENTITÉ DE LA SPHÈRE DU NUCLEAIRE** | | **TYPE DE COLLABORATION** | | **CODE DE COLLABORATEUR** | | | | Cocher la case | |
| Unité **CEA** | | Le candidat est sous contrat ou convention avec le CEA,  Le candidat est un agent non titulaire de l’Université française ou d’une Ecole d’Ingénieur Française ou d’un EPST (Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique) français  Liste des EPST: IRSTEA, CNRS, INED, INRA, IRD, INSERM, INRIA, IFSTTAR.  Le candidat est Titulaire d’un EPST français. | | Convention de travail (CDI) | | | **CT** |  | |
| Contrat Spécial | | | **CS** |  | |
| Post Doc. | | | **PSD** |  | |
| Thésard | | | **TH** |  | |
| Contrat de formation en alternance | | | **CA** |  | |
| Contrat à durée déterminée | | | **CDD** |  | |
| Stagiaire | | | **ST** |  | |
| Collaborateur extérieur national | | | **CE** |  | |
| Entreprise Extérieure prestataire **LPE**  Entreprise Extérieure Hébergée  **STARTUP** | | Le candidat est sous contrat ou convention avec une Entreprise Extérieure prestataire intérim compris, AREVA, IRSN) intervenant sur le site dans le cadre d’un contrat de résultat passé avec l’un des organismes suivants : CEA, AREVA, IRSN ou tout organisme de recherche public hébergé, ou toute entreprise hébergée. | | Entreprise Extérieure Prestataire | | | **EXT** |  | |
| Entreprise Extérieure étrangère, non hébergée, non prestataire, ou organisme étranger, ou autre situation.  ou  **AUTRES CAS** | | Le candidat est sous contrat ou convention avec une Entreprise Extérieure étrangère, non hébergée, non prestataire ou le candidat est sous contrat ou convention avec un organisme étranger (université, organisme de recherche), ou le candidat n’entre pas dans l’une des catégories précitées. | | Collaborateur Extérieur Etranger | | | **CTE** |  | |
|  | | | | | | | | |
| **CADRE RELATIF A LA PROTECTION DU POTENTIEL SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE DE LA NATION**  *Le cadre ci-dessous doit être correctement renseigné, à défaut le formulaire sera retourné* | | | | | | | | |
| **1 - Le candidat va-t-il devoir accéder** (accès physique ou virtuel) **à une Zone à Régime Restrictif (ZRR) ?** | | | | | | | **OUI** | **NON** |
| **➊** |  |
| Si OUI indiquer ci-après, le ou les N° des ZRR concernées | | | N° | | | N° | | |
| N° | | | N° | | |
| **2 - Le candidat doit-il accéder au Potentiel Scientifique et Technique de la Nation des ZRR concernées** | | | | | | | **OUI** | **NON** |
| **➊** |  |
| Si le candidat est de nationalité étrangère, y-a-t-il un accord de collaboration internationale ? | | | | | | | **OUI** | **NON** |
|  |  |
| Si OUI, indiquez lequel |  | | | | | | | |
| **➊ Si la réponse est oui aux questions 1 et 2**  **Le formulaire DAASC doit être envoyé par l’Officier de Sécurité du site CEA concerné à l’adresse mail suivante :** [ZRRDemandedacces@cea.fr](mailto:ZRRDemandedacces@cea.fr)avec le fichier xls de "Demande d’avis ministériel" accompagné d’un CV. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Validation du Chef d’unité CEA** *(a minima chef service)* | | | | | Date | Signature | | |
| *Nom et Prénom du Chef d’Unité CEA ou de son délégataire* | | | | |  |  | | |
|  | | | | | | | | |
| **Validation de la demande par l’Officier de Sécurité du site CEA** | | | | | Date | Signature | | |
| *Nom et Prénom de l’Officier de Sécurité du site CEA ou de son délégataire.* | | | | |  |  | | |