

*Direction des Ressources Humaines*

*Service de gestion des personnels Enseignants*

*Service de gestion des personnels BIATS*

*Service de gestion des personnels Contractuels*

**DEMANDE D’AUTORISATION DE CUMUL D’ACTIVITE**

**A TITRE ACCESSOIRE**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

en application du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 modifié (chap.1er)

**ANNEE UNIVERSITAIRE : ……………..**

*(Document à transmettre au service de gestion, 1 mois avant le début de l’activité secondaire. Il est indispensable que toutes les rubriques de la présente fiche soient complétées avec précision pour permettre l’examen de la demande. La rémunération de l’activité accessoire ne pourra être effectué*e *qu’une fois l’autorisation de cumul accordée).*

NOM : PRENOM :

Numéro de Sécurité Sociale :

**I – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACTIVITE PRINCIPALE**

Discipline ou Section CNU (personnel enseignant) :

Corps ou type de contrat : Fonction :

Lieu d’affectation :

Classe et échelon : Indice de traitement (INM) :

Quotité de temps de travail : ⁮□ temps plein ⁮□ temps partiel quotité : ⁮□ temps incomplet quotité :

**II – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ACTIVITE ACCESSOIRE**

1 – ETABLISSEMENT, préciser s’il s’agit :

* **d’un emploi public** (d’Etat, collectivité territoriale, ou autre) ou d’une activité auprès d’un organisme public.

Indiquer le Ministère, l’établissement ou la collectivité intéressée.

- **d’une activité privée**. Indiquer le nom et l’adresse de l’organisme privé**(1)**

2 – NATURE DE L’ACTIVITE ACCESSOIRE : Si demande de cumul au titre d’une création d’entreprise, votre demande devra être soumise à la commission de déontologie : <http://www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique/carriere-et-parcours-professionnel-7>

3 – SITUATION DANS L’ACTIVITE ACCESSOIRE**(2)**:

⁮□ vacataire □⁮ contractuel □⁮ autre (précisez) :

Nature exacte du travail effectué :

Temps de travail hebdomadaire de l’activité accessoire :

4 -MODALITE DE LA REMUNERATION DE L’ACTIVITE ACCESSOIRE :

□⁮traitement (préciser l’indice) : □⁮vacations (préciser le taux horaire) :

□⁮indemnités : □⁮autre forme (à préciser) :

Montant total de cette rémunération :

1. **Les sigles doivent être développés**

**(2)** **Joindre photocopie du justificatif (toute demande jointe sans pièce justificative ne sera pas traitée).**

**III – INDICATIONS SUSCEPTIBLES DE MONTRER LA COMPATIBILITE DES DEUX ACTIVITES**

*(Joindre la fiche de congé / fiche horaire pour les personnels BIATS et fiche de service pour les personnels enseignants)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jours et horaires d’intervention | Nombres d’heures | Modalités d’organisation (hors temps de travail, congés annuels, autres…) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**L'activité accessoire ne peut être exercée qu'en dehors des heures de service de l'intéressé(e) (Article 06 du décret n° 2007-658 modifié).**

**IV – DATE D’EFFET A DONNER A LA DECISION AUTORISANT LE CUMUL D’ACTIVITES :**

**V – EXERCEZ-VOUS DÉJÀ UNE OU PLUSIEURS ACTIVITE(S) ACCESSOIRE(S) :**

□ Oui □ Non

En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires, etc.) :

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

« Je certifie avoir pris connaissance des dispositions du **décret n°2007-658 du 2 mai 2007 modifié** relatif au cumul d’activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l’Etat, et je m’engage à réaliser mon activité accessoire hors de mon temps de travail ».

Fait à , le

(Signature du demandeur)

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis et visa du Directeur de la composante / Responsable administratif / Directeur / Chef de service** | **Date et visa du service gestionnaire concerné :** |
| Favorable : □ Défavorable : □ | Service de gestion des personnels enseignants : |
| Commentaires éventuels : ………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………...  Date et signature : | Service de gestion des personnels BIATS : |
| Service de gestion des personnels contractuels : |

|  |
| --- |
| **Avis et visa du Directeur de l’unité de recherche pour les enseignants-chercheurs, le cas échéant** (à remplir selon les principes d’organisation propres à l’UFR, Ecole ou Institut**)** |
| Favorable : □ Défavorable : □  Date et signature : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Décision du Président de l’Université / Directeur général des services :** | **Décision du Recteur** *(pour les enseignants du 1er et 2ème degré)***:** |
| Cumul autorisé : □  Cumul refusé : □ Commentaires éventuels :…….  ……………………………………………………………….  Date et signature : | Cumul autorisé : □  Cumul refusé : □ Commentaires éventuels :…….  ……………………………………………………………….  Date et signature : |