**DEMANDE PREALABLE D’AUTORISATION DE CUMUL D’ACTIVITES**

**POUR LES PERSONNELS D’UCA**

**AU TITRE DE L’ANNEE UNIVERSITAIRE** Choisissez un élément.

**Formulaire à produire dans le cadre d’une demande de cumul d’activités application du titre II du Décret 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif au contrôle déontologiques dans la fonction publique**

**Il est indispensable que toutes les rubriques de la présente fiche soient complétées avec précision et argumentées, et d’y annexer tout document complémentaire jugé nécessaire à l’examen de la demande.**

**NOM : PRENOM :**

*Les cadres 1 à 7 sont à compléter par l’agent.*

**1. Renseignements concernant l’activité principale**

**FONCTIONS EXERCEES :**

Catégorie :  **□** Titulaire  **□** Contractuel

Indice de traitement (INM) :

Temps incomplet : [ ]  OUI [ ]  NON Temps partiel : ☐ OUI ☐ NON *Quotité de travail* :

Exercez-vous d'autres activités accessoires pour l’année universitaire en cours ? [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, précisez le nom et nature de l’employeur, le type d’activité et le nombre d’heures hebdomadaires :

**2. Nature de l’activité secondaire :**

- S’agit-il de la poursuite de l’exercice d’une activité privée ? [ ]  OUI (*passez à la rubrique 3*) [ ]  NON

- S’agit-il d’un projet de création ou de reprise d’une entreprise ? [ ]  OUI (*passez à la rubrique 3*) [ ]  NON

- S’agit-il de l’exercice d’une activité accessoire à vos fonctions ? [ ]  OUI (*passez à la rubrique 4*) [ ]  NON

**3. Création, reprise ou poursuite d’entreprise :**

 *Joindre toute pièce utile à l’instruction de la demande*

S’agit-il d’une société créée sous le régime micro-social (auto-entreprise par exemple) ? [ ]  OUI [ ]  NON

Forme/Objet social (type d’activités) :

Secteur/branche d’activités :

|  |
| --- |
| **4. Renseignements concernant l’activité accessoire :***Joindre le cas échéant, une copie du contrat ou de la lettre d’engagement*- IDENTITE DE L’EMPLOYEUR SECONDAIRE (développer les sigles) : Nature de l’organisme : Adresse de l’organisme secondaire : S’agit-il : [ ]  D’un organisme public ? [ ]  D’un organisme privé ?Poste occupé :  **- Type d’activité :** [ ]  Enseignement et formation [ ]  Expertise et consultation [ ]  Aidant familial [ ]  Travaux de faible importance chez des particuliers [ ]  Service à la personne [ ]  Vente de biens produits personnellement[ ]  Mission d’intérêt public internationale/ à l’étranger [ ]  Activité à caractère sportif ou culturel [ ]  Conjoint collaborateur [ ]  Activité agricole[ ]  Autre (préciser) :[ ]  **Je reconnais avoir informé mon employeur secondaire de mon activité principale.** |

|  |
| --- |
| **5. Indications sur la compatibilité de l’activité principale et l’activité secondaire** *Joindre un argumentaire et toute information utile sur le projet d’activité secondaire* |

**6. Périodicité de l’activité secondaire :**

Nombre total d’heures approximatif à effectuer dans l’activité secondaire :

Préciser : heures hebdomadaires / heures mensuelles

Période pendant laquelle s’exerce l’activité accessoire : Du au

Jours et créneaux horaires prévisionnels :

Si enseignement (nb d’heures à préciser) : ☐ CM Heures ☐ TD Heures ☐ TP Heures

***Il est ici précisé que l’activité secondaire doit OBLIGATOIREMENT être exercée en dehors du temps de travail***.

**7. Conditions de rémunération de l’activité :**

[ ]  Traitement (salaire mensuel) :

[ ]  Indemnité (montant) :

[ ]  Honoraires (montant) :

[ ]  Vacation (taux horaire) :

[ ]  Autre forme (préciser) :

Montant total de cette rémunération :

Fait à Le

Signature de l’agent :

***Une fois complété, vous devez remettre ce formulaire à votre bureau du personnel pour décision du Président.***

**8. Renseignements Généraux *(cadre réservé aux services RH de proximité)* :**

**L’intéressé.e exerce-t-elle ou il d’autres activités accessoires ?**  [ ]  Oui [ ] Non

Si oui, préciser lesquelles :

Temps de travail annuel consacré à ces autres activités :

L’intéressé.e est-t-elle ou il autorisé.e à cumuler ces autres activités : [ ]  Oui [ ] Non

**9. Validation de la demande - AVIS et VISA du Directeur administratif de la structure :**

Donne un avis : [ ]  FAVORABLE [ ]  DEFAVORABLE [ ]  RESERVE

|  |
| --- |
| **Décision de Monsieur le Président :****AUTORISATION :** [ ]  **ACCORDEE** [ ]  **REFUSEE** **Fait à : …………………………. Le : ……………………** |