**DEMANDE D’AUTORISATION DE CUMUL D’ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE**



Année universitaire 20 . . / 20 . .

**SERVICE DU PERSONNEL ENSEIGNANT** *Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 modifié*

Je soussigné(e), Nom : Prénom :

sollicite l’autorisation de cumuler mon activité principale avec une activité accessoire.

**ACTIVITE PRINCIPALE**

Corps / Contrat : Discipline : Composante :

Quotité de travail : Cl temps complet Cl temps partiel : %

Le cas échéant, modalités de service particulières (*délégation, mise à disposition, CRCT, etc.*) :

Service assuré au titre de l’année considérée (en HETD) :

**ACTIVITE SECONDAIRE ENVISAGEE**

Nom et adresse de l’employeur :

S’agit-il d’un employeur : Cl public Cl privé Préciser la forme juridique (*EPSCP, EPLE, EPIC, SARL, Association, etc.*) :

|  |  |
| --- | --- |
| Nature de l’activité :  Cl Expertise et consultation  Cl Enseignement et formation  Cl Activité à caractère sportif ou culturel  Cl Activité agricole  Cl Activité de conjoint collaborateur  Cl Aide à domicile à un ascendant, descendant ou conjoint | Cl Travaux de faible importance chez des particuliers Cl Services à la personne  Cl Vente de biens fabriqués personnellement par l’agent Cl Activité d’intérêt général  Cl Mission d’intérêt public de coopération internationale Cl Vendanges |

Description détaillée de l’activité :

Statut sous lequel ces fonctions seraient exercées :

Cl Vacataire enseignant (*Décret n° 87-889 du 29 octobre 1987*)

Cl Intervenant participant à des activités de formation, de recrutement ou de fonctionnement de jury (*Décret n° 2010-235 du 5 mars 2010*) Cl Auto-entrepreneur (*produire un justificatif de la déclaration d’auto-entreprise*)

Cl Autre. Préciser :

Durée de l’activité : du au

Périodicité (*nombre d’heures hebdomadaires par exemple*) :

Nombre total d’heures effectuées sur la durée :

Modalités de rémunération :

Nombre d’heures effectuées : Nombre de copies corrigées :

Taux horaire : Taux de la copie :

Rémunération totale perçue :

L’agent a-t-il déjà obtenu, au titre de la même année universitaire, d’autres autorisations de cumul : Cl oui Cl non

|  |  |
| --- | --- |
| 0 Fait à , le  Signature de l’agent : | 0 Fait à , le  Nom, fonction, signature et cachet de l’employeur secondaire : |
| O Fait à , le  Avis : Cl favorable Cl défavorable  Nom et signature du Directeur de composante :  En apposant son visa, le directeur certifie l’exactitude des renseignements fournis par le demandeur et atteste qu’il accomplit les obligations statutaires afférentes à son corps | 0 Décision du Président de l’Université :  Cl Autorisation accordée  Cl Autorisation refusée, motif :  Le Président,  Jean-François BALAUDE |