

suivi par :

CARASCO Christine	04 67 91 52 62	de AARAB à BOUKOUFI
MARTINEZ Nicole	04 67 91 52 61	de BOULAFLOUS à DALET
HIDAOUI Linda	04 67 91 52 64	de DALLA BARRA à GABRIEL
FOLCHER Corinne	04 67 91 47 06	de GACÉ à KORTENHOFF
HENRIETTE Fiona	04 67 91 46 40	de KRAJCARZ à MICHEAU
SOULIER Nathalie	04 67 91 46 60	de MICHEL à PLANTEC
BIROS Jean-Pierre	04 67 91 52 24	de PLAZA à SALINAS
JABALÉ Jean-Louis	04 67 91 53 48	de SALLÉ à ZUPANCIC

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITÉS À TITRE ACCESSOIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

à produire à l'appui d'une demande d'autorisation de cumul d'activités en application du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 (chapitre 1er)

(Il est indispensable que toutes les rubriques de la présente fiche soient complétées avec précision pour permettre l'examen de la demande. Le paiement des prestations effectuées au titre de l'activité accessoire ne pourra être effectué qu'une fois l'autorisation de cumul accordée).

NOM :

PRÉNOM :

I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ PRINCIPALE

GRADE :

CLASSE ET ÉCHELON :

SERVICE ASSURÉ :
(Si TRZIL ou TRBD, le préciser)

ÉCOLE :

INDICE DE TRAITEMENT (INM) :

QUOTITÉ DE TEMPS DE TRAVAIL :
(Préciser si temps complet, temps incomplet ou temps partiel)

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ ACCESSOIRE

1 – Établissement : préciser s'il s'agit

- d'une activité publique (Etat, Collectivités territoriales) ou d'une activité auprès d'un organisme public. Indiquer le Ministère ou la collectivité intéressée.

.....

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

.....

2 - Nature de l'activité accessoire :

.....

3 - Situation dans l'activité accessoire :

(vacataire, contractuel, etc...)

.....

(1) les sigles doivent être développés.

4 - Modalités de la rémunération de l'activité accessoire :

Traitement (préciser indice) - indemnités - honoraires - vacations (préciser taux horaire) ou autre forme.

.....

Montant annuel de cette rémunération :

Temps de travail hebdomadaire :

Nature exacte du travail effectué :

.....

.....

III - INDICATIONS SUSCEPTIBLES DE MONTRER LA COMPATIBILITÉ DES DEUX ACTIVITÉS

Jours et heures d'intervention

IV - DATE D'EFFET À DONNER À LA DÉCISION AUTORISANT LE CUMUL D'ACTIVITÉS

.....

Je certifie avoir pris connaissance des dispositions du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 (J.O du 3/05/2007) relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

Fait à, le

(signature du demandeur)

Avis et visa de l'IEN

- Favorable
- Défavorable

Commentaires éventuels :

Décision de la DASEN.

- Autorisation accordée
- Autorisation refusée

Commentaires éventuels :

Date et signature :

....., le

Date et signature :

MONTPELLIER, le