



DEMANDE

Autorisation pour cumul activités à titre accessoire



IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom de naissance

Catégorie

Nom de d'usage

Statut

Prénom

Fonction exercée

N° de téléphone

Adresse mèl

Affectation

Quotité de temps
de travail actuelle



INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

Nature de la demande :

Initiale

Renouvellement

Type d'activité accessoire

Veillez décrire l'activité que vous souhaitez exercer :

Identité de l'employeur ou de l'organisme

Forme juridique de l'employeur ou de l'organisme

Objet

Secteur d'activité

Branche d'activité

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activités accessoires ?

Oui

Non

Si oui, veuillez décrire les activités exercées :

Fonctions exercées

Durée de l'activité

Date de début ou du renouvellement de l'activité

Périodicité et horaires d'exercice

Périodicité	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Horaires d'exercice							

Conditions de rémunération

Mode et montant



PIECES A JOINDRE

Dans tous les cas :

- Le formulaire complété et signé ;
- Tout document relatif à l'activité ou aux fonctions envisagées.



CIRCUIT DE TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Page 3 sur 3

1. Signature de l'agent
2. Avis du supérieur hiérarchique et des services RH
3. Avis facultative est réalisée par l'autorité gestionnaire en cas de doute déontologique
4. Avis de la HATVP, le cas échéant.

Commentaire de l'agent

Signature de l'agent



RECUEIL DES VISAS

Avis du supérieur hiérarchique

Nom du supérieur hiérarchique

Date

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

Le cas échéant :

Avis du référent déontologue

Date

Avis de la haute autorité pour la transparence de la vie publique

Date

Avis de conformité du service gestionnaire RH

Nom de l'agent du service RH

Date

Signature et timbre du service RH