

**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019/2020  
CHARGÉ D'ENSEIGNEMENT VACATAIRE**

**DOCTORANT CONTRACTUEL À SORBONNE UNIVERSITÉ (AYANT UN CONTRAT À PARTIR DU 01/09/2016)**

Dossier de :

☐ RECRUTEMENT

☐ RENOUELEMENT

**COMPOSANTE D'ENSEIGNEMENT :**

(UFR, Direction, Institut, Service...)

**ÉTAT CIVIL**

Civilité : ☐ Madame / ☒ Monsieur  
 Nom de famille : GOLSTEIN Nom d'usage : GOLSTEIN  
 Prénom(s) : SIDNEY JONATHAN Date de naissance : 03.05.1995  
 Lieu de naissance : UCCLE Département : /  
 Pays : BELGIQUE Nationalité : BELGE  
☒ Célibataire / ☐ Concubinage / ☐ Pacsé(e) / ☐ Marié(e) / ☐ Divorcé(e) / ☐ Veuf(ve)  
 N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Clé : \_\_\_\_\_  
 Adresse : Rue : 377 avenue de la forêt de Soignes  
 Code postal : 1640 Ville : Rhode Saint Genèse  
 Tel. domicile : 02 358 43 42 Tél. professionnel : +32 478 31 38 90  
 Tel. mobile : 0032 478 31 38 90 Courriel : SIGOLSTE@ULB.AC.BE  
 Diplôme le plus élevé : Master Année d'obtention : 2018

**ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE PRINCIPALE**

**Je certifie être** doctorant contractuel avec un contrat ayant débuté à partir du 01/09/2016

Date du contrat : 1.10.2018

Type de contrat : ☒ Recherche / ☐ Mission complémentaire, préciser : \_\_\_\_\_

Laboratoire d'affectation : Laboratoire d'Electronique et Electromagnetisme (UE 2)

Site : 4 Place Jussieu - 75252 Paris Cedex 05

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à notifier toute modification qui interviendrait dans ma situation professionnelle. Je déclare avoir pris connaissance des conditions de recrutement prévues par le décret n° 87-889 du 29 octobre 1987 et m'engage à ne pas débiter les heures d'enseignement avant acceptation du dossier de recrutement par le Service des Personnels Enseignants de la Direction des Ressources Humaines de la Faculté des Sciences et Ingénierie.

Je prends note que l'absence de production des pièces requises par la réglementation en vigueur rend impossible mon recrutement et que je ne pourrai prétendre à aucune rémunération.

Fait à : Bruxelles

Le : 05.06.2020

Signature de l'intéressé(e)



**PROPOSITION D'ENGAGEMENT**  
**INFORMATIONS PRÉVISIONNELLES SUR LES ENSEIGNEMENTS À LA**  
**FACULTÉ DES SCIENCES ET INGÉNIERIE**

Je, soussigné(e), Mme/M.

propose le recrutement de Mme/M. Golstein Solney

afin d'effectuer les enseignements suivants :

Code enseigne- ment	Intitulé enseignement	Section CNU	Nombre d'heures prévues			Conversion en heures équivalent TD	Période (S1/S2/A)	Date de début de l'intervention .../.../...	Date de fin de l'intervention .../.../...	Cycle (L/M/D)	Régime de formation (FI/FC/FA)	Enseignant- Chercheur responsable du recrutement
			CM	TD	TP							
Total HETD :												

FI = Formation Initiale  
 FC = Formation Continue

FI = Formation Initiale  
FC = Formation Continue  
FA = Formation par Apprentissage

**L = Licence**  
**M = Master**  
**D = Doctorat**

S1 = 1er semestre  
S2 = 2ème semestre  
A = Annuel

Fait à Paris, le  
**Le Directeur de l'UFR ou du service**  
**Cachet et Signature (obligatoire)**



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

Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 relatif aux cumuls d'activités

**NOM :** GOLSTEIN **PRÉNOM :** SIDNEY**STRUCTURE D'AFFECTATION** (Service, composante, laboratoire) : \_\_\_\_\_**NATURE DE VOTRE CONTRAT DOCTORAL**

Vous êtes bénéficiaire d'un contrat doctoral en vertu du Décret n°2009-464 du 23 avril 2009 modifié et votre contrat :

- ☐ Prévoit une mission complémentaire dont le volume horaire est inférieur à 1/6 des obligations annuelles de service prévues au contrat (moins de 64HETD pour l'enseignement ou moins de 32 jours pour les autres missions)

☒ Ne prévoit aucune mission complémentaire à mon activité principale de recherche

**DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PRINCIPALE EXERCÉE :**

Exercez-vous vos fonctions : ☒ A temps complet  
☐ A temps partiel – Précisez la quotité : ..... %

Effectuez-vous votre activité principale 1 607 heures par an ? ☐ Oui ☐ Non

Effectuez-vous votre activité accessoire en dehors de vos heures de travail ? ☐ Oui ☐ Non

Posez-vous des jours de congés pour effectuer votre activité accessoire ? ☐ Oui ☐ Non

**DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ ACCESSOIRE OBJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE D'AUTORISATION :****A – Description de l'activité accessoire envisagée**Établissement d'exercice de l'activité accessoire :

Sorbonne Université

Établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel

Composante ou service d'enseignement : \_\_\_\_\_

Nature de l'activité accessoire : Enseignement Discipline : \_\_\_\_\_Dates de début et de fin des enseignements : \_\_\_\_\_Volume prévisionnel d'enseignement :

Cours magistraux (CM)	
Travaux dirigés (TD)	64H
Travaux pratiques (TP)	

Conditions de rémunération de l'activité :

Rémunération horaire selon les taux réglementaires fixés par l'arrêté du 6 novembre 1989 modifié.

**B - Autre(s) cumul(s)**

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoire(s) ?

- ☐ Oui    ☐ Ayant fait l'objet d'une autorisation de cumul    ☐ Sans autorisation de cumul

Employeur : \_\_\_\_\_

Nature des fonctions : \_\_\_\_\_

Montant de la rémunération : \_\_\_\_\_

☐ Non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du demandeur :

**AVIS DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE DIRECT :**

☐ Favorable

☐ Défavorable - Motif : .....

Fait à : ..... Le .....

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL RELATIVE AU STATUT DE L'AGENT :**

Je soussigné(e) .....  
atteste que Mme/M. ....

- exerce dans mon établissement en qualité de :    ☐ Titulaire    ☐ Non titulaire
- accomplit au moins 900 heures de travail par an
- cotise au régime de l'IRCANTEC :    ☐ OUI    ☐ NON
- et que ses rémunérations sont    ☐ supérieures    ☐ inférieures au plafond de la sécurité sociale.  
(Au 1<sup>er</sup> janvier 2018 : 3 311 € brut mensuel)

**DÉCISION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL PORTANT AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITÉ ACCESSOIRE :**

☐ Favorable

☐ Défavorable - Motif : .....

Fait à : ..... Le .....

**Important :** En cas de changement substantiel dans les conditions d'exercice ou de rémunération de l'activité faisant l'objet de cette demande d'autorisation, il sera considéré que vous exercez une nouvelle activité, et vous devrez formuler une nouvelle demande d'autorisation. L'autorisation que vous sollicitez n'est pas définitive. L'autorité dont vous relevez peut s'opposer à tout moment à la poursuite d'une activité qui a été autorisée, si :

- l'intérêt du service le justifie,
- les informations sur le fondement desquelles l'autorisation a été donnée apparaissent erronées,
- l'activité autorisée perd son caractère accessoire.

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL  
DOCTORANTS CONTRACTUELS**  
(Régis par le décret n° 2009-464 du 23 avril 2009 modifié)

NOM et PRENOM du doctorant contractuel :

GOLSTEIN SIDUXX

Téléphone : +32 478 31 38 90

N° S.S. : \_\_\_\_\_

Date de recrutement en qualité de doctorant contractuel :

01.10.2018

Ecole Doctorale :

EDITE

**DETAILS DU CUMUL SOLLICITE AU TITRE DE L'ANNEE UNIVERSITAIRE 2018/2019**

Lieu d'exercice de la fonction secondaire : (préciser le nom et l'adresse complète de l'employeur) :

\_\_\_\_\_

Nature exacte du travail à effectuer :

\_\_\_\_\_

Date d'effet à donner à l'autorisation de cumul : du :

au \_\_\_\_\_

Temps de travail annuel (équivalent TD ou jours) :

64HTD

Montant annuel de cette rémunération :

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

, le \_\_\_\_\_

1) Signature du doctorant <sup>(\*)</sup>

2) Cachet et signature de l'employeur secondaire<sup>(\*)</sup>

3) Avis, cachet et signature du Directeur  
de thèse<sup>(\*)</sup>

4) Avis, cachet et signature du Directeur de l'école  
doctorale<sup>(\*)</sup>

5) Avis, cachet et signature du Directeur de l'Institut des  
Formations Doctorales <sup>(\*)</sup>

**(\*) Toutes les signatures demandées sont obligatoires dans l'ordre établi.**