

**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

☐ RENOUVELLEMENT

**COMPOSANTE D'ENSEIGNEMENT :** UFR 919  
(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 : 1 95 05 93 131 601 Clé : /  
 Adresse : Rue : 377 avenue de la forêt de Saignes  
 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 : SI.GOLSTE@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 : Geeps (Laboratoire de Génie Électrique et Électronique de Paris)  
 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)



propose le recrutement de Mme/M.

Sidney

[illegible]

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

L = Licence  
M = Master  
D = Doctorat

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

**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) : Geeps (Laboratoire de Génie électrique et électronique de Paris).

**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 : Électronique

Dates de début et de fin des enseignements : 5 mai 2020 - 7 mai 2020

Volume prévisionnel d'enseignement :

Cours magistraux (CM)	
Travaux dirigés (TD)	<del>64H</del>
Travaux pratiques (TP)	24h

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 Bures Le 7/5/2020

Signature du demandeur :



**AVIS DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE DIRECT :**

☒ Favorable

☐ Défavorable - Motif : \_\_\_\_\_

Fait à : Paris Le 09/06/2020

**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.

NOM et PRENOM du doctorant contractuel : GOLSTEIN SIDUXX  
Téléphone : +32 478 37 38 90  
N° S.S. : 195 05 99 131 601  
Date de recrutement en qualité de doctorant contractuel : 01.10.2018  
Ecole Doctorale : EDITE de Paris

**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) :

Sorbonne Université - UFR 919  
4 place Jussieu - 75252 Paris Cedex 05

Nature exacte du travail à effectuer : enseignement

Date d'effet à donner à l'autorisation de cumul : du : 5 mai 2020 au 7 mai 2020

Temps de travail annuel (équivalent TD ou jours) : 847h 24h

Montant annuel de cette rémunération : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

1) Signature du doctorant (\*)

2) Cachet et signature de l'employeur secondaire(\*)

3) Avis, cachet et signature du Directeur de thèse(\*)

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

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

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