

DPE/1 DPE/6 privé

RECTO-VERSO OBLIGATOIRE

DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE A UN CUMUL D'ACTIVITES**des personnels d'enseignement du second degré – d'éducation et psychologues de l'éducation nationale**

IMPORTANT : Ce document ne concerne pas les projets de création d'entreprise ou d'auto-entreprise pour lesquels un dossier spécifique devra être demandé au bureau DPE/1 ou DPE/6 privé.

I – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

TRES IMPORTANT : Toutes les rubriques devront être rigoureusement renseignées. – A défaut, la demande d'autorisation pourra faire l'objet d'un REFUS.

NOM : PRENOM :

GRADE : DISCIPLINE :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

Sollicite l'autorisation d'exercer une activité rémunérée, en dehors de mon activité principale statutaire, selon les conditions précisées ci-après :

A) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITE SECONDAIRE :• **Nature de l'activité secondaire** Enseignement dans la discipline de recrutement : Enseignement différent de la discipline de recrutement, à préciser : Activité hors enseignement, à préciser (joindre le cas échéant un courrier explicatif) :• **Identité de l'employeur ou nature de l'organisme** : (Abréviations – sigles à proscrire)

Adresse :

• **Situation statutaire dans l'activité secondaire** : Vacataire Contractuel Auxiliaire Autre à préciser :• **Modalités de rémunération** : Traitement Indemnité Vacation Autre à préciser :• **Estimation de la rémunération** : Horaire Mensuelle Annuelle

MONTANT :

B) Exercez-vous d'autres activités secondaires relevant de la réglementation sur le cumul d'activités ?
(en cas de réponse positive, une demande individuelle doit être effectuée pour chaque activité)

OUI

NON

Lesquelles : 1) :

2) :

3) :

C) Assurez-vous des HSA ou HSE dans votre établissement principal : OUI NON

D) Informations complémentaires que vous souhaitez porter à la connaissance de l'administration

.....
.....

E) Je certifie exacts tous les renseignements communiqués ci-dessus

Date de la demande :

Signature du demandeur :

cocher les cases concernées

F) Date programmée du début d'activité : (ultérieure à celle de la demande)

Date de fin de l'activité :

- Volume d'heures assurées pour la période concernées :

II - PARTIE A COMPLETER PAR LE CHEF D'ETABLISSEMENT DE L'EMPLOI PRINCIPAL

Je soussigné (e) certifie que l'intéressé (e), remplit ses obligations statutaires **et qu'il (elle) n'a pas refusé d'assurer des heures supplémentaires dans mon établissement**

Avis favorable

Avis défavorable (à motiver)

Date de réception de la demande :

VISA ET CACHET

Date de transmission au rectorat :

DECISION DU RECTEUR

Autorisation accordée

En attente de compléments d'information demandés le / Information reçue

Autorisation refusée pour le motif suivant :

NANCY, le

La rectrice