

UNIQUEMENT PERSONNELS DE L'ASU

**DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITÉ
ACCESSOIRE À L'ACTIVITÉ PRINCIPALE**

Je, soussigné(e)

NOM..... Prénom.....

professeur (autres fonctions - préciser):..... de (Discipline):

exerçant mon activité principale - à **temps partiel** - à **temps complet** - à **temps incomplet**⁽¹⁾ au:

(établissement ou service: dénomination, commune,)

- **déclare** avoir pris connaissance de la note rectorale relative au cumul d'activités (BIR n° 3 du 17 septembre 2007)
- demande l'autorisation d'exercer **l'activité accessoire suivante** :

Nature : (Enseignement, formations, autres - à préciser)

Identité de l'employeur :

Nature de l'organisme employeur :

Nombre d'heures : hebdomadaires, mensuelles, annuelles ⁽¹⁾ **du:** **au:**

Horaires de l'activité accessoire :

Congés à poser en compensation :

Conditions de la rémunération : (taux horaire, mensuelle,...)

Remis au chef d'établissement (ou de service) le :

Avis et Signature du supérieur hiérarchique

Signature de l'agent

Partie réservée au chef d'établissement (ou de service) à l'exception des demandes des personnels d'inspection et de direction instruites par le Recteur :

demande reçue le

Je soussigné (e)

(fonctions)

donne un avis

FAVORABLE ⁽¹⁾

à la demande présentée ci dessus

DÉFAVORABLE ⁽¹⁾

l'activité accessoire sollicitée

NE PORTANT PAS ⁽¹⁾

PORTANT ⁽¹⁾

atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance, à la neutralité du service public exercé à titre principal par le demandeur.

Tout avis défavorable doit être expressément explicité (sur papier libre le cas échéant); **le demandeur doit en prendre connaissance en le visant** (date et signature) .

Transmis au Rectorat à DIPE, DPAID, DISUPP⁽¹⁾ **le:**

Signature du chef d'établissement

Partie Réservée au Rectorat :

Bureau : **accuse réception** de la demande **le**

Autorisation accordée : OUI - NON

Lyon le:

Pour le Recteur et par délégation,

(1) Rayer la mention inutile