**Demande de cumul d’activité avec l’exercice professionnel en qualité d’agent public au CHU**

*Les demandes sont valables pour l’année civile en cours et à renouveler, le cas échéant, pour l’année civile suivante.*

*Ce formulaire est à retourner à l’adresse suivante : carrières@chu-angers.fr*

|  |
| --- |
| 1. **Le professionnel demandeur**
 |

Nom : Cliquez ici pour taper du texte. Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Matricule : Cliquez ici pour taper du texte. Grade : Cliquez ici pour taper du texte.

Métier : Cliquez ici pour taper du texte. Service : Cliquez ici pour taper du texte.

Téléphone : Cliquez ici pour taper du texte. Adresse e-mail : Cliquez ici pour taper du texte.

Adresse : Cliquez ici pour taper du texte. Ville : Cliquez ici pour taper du texte.

Code postal : Cliquez ici pour taper du texte.

Quel est votre statut ? Choisissez un élément. Vous êtes actuellement : Choisissez un élément.

Exercez-vous vos fonctions : Choisissez un élément. Précisez la quotité si différente de 100% : Cliquez ici pour taper du texte.

Date d’échéance du temps partiel : Cliquez ici pour taper du texte.

|  |
| --- |
| 1. **Description de l’activité envisagée**
 |

Merci de décrire le plus précisément possible votre projet, en mentionnant la nature de l’activité, le secteur de l’activité, le statut (autoentreprise, création d’entreprise, activité libérale, salarié du secteur public ou privé…).

Cliquez ici pour taper du texte.

Adresse de l’activité : Cliquez ici pour taper du texte.

Temps de travail consacré à cette activité (en heures par semaine) : Cliquez ici pour taper du texte.

Temps de travail consacré à cette activité (en heures par année) : Cliquez ici pour taper du texte.

Période à prendre en compte pour cette activité : Du Cliquez ici pour entrer une date.Au Cliquez ici pour entrer une date.

|  |
| --- |
| 1. **Activité complémentaire**
 |

Exercez-vous déjà une autre activité ? Choisissez un élément.

Si oui, informations sur cette activité (nature, nombre d’heures) :

Cliquez ici pour taper du texte.

|  |
| --- |
| 1. **Déclaration sur l’honneur**
 |

Je soussigné(e) Nom Cliquez ici pour taper du texte. Prénom Cliquez ici pour taper du texte.

Souhaitant cumuler mon activité principale avec une activité secondaire

[ ]  M’engage à cumuler l’intégralité de cette activité hors de mes horaires de travail au CHU

[ ]  M’engage à suspendre cette activité pendant mes arrêts de travail

[ ]  Je prends note que le CHU peut, à tout moment, s’opposer à l’exercice ou la poursuite de l’exercice d’une activité qui porterait atteinte au fonctionnement normal, à l’indépendance ou à la neutralité du service.

[ ]  Je certifie avoir pris connaissance de la législation applicable en matière de cumul et je prends note que la violation des dispositions relatives au non cumul m’expose à une poursuite disciplinaire, est susceptible de donner lieu au reversement des sommes indûment perçues par voie de retenue sur le traitement, sans préjudice de l’application du code pénal.

[ ]  J’ai connaissance que tout changement dans l’activité décrite doit être soumis comme une nouvelle demande.

Date : Signature : 

|  |
| --- |
| 1. **Décision du directeur du pôle Politique sociale (dans un délai d’un mois) dans le cadre d’un cumul d’activité à titre accessoire**
 |

[ ]  Autorisation accordée

[ ]  Autorisation refusée pour les motifs suivants :

Date :

 Clément TRIBALLEAU

 Directeur du pôle Politique sociale

*La présente décision ne vaut que pour la présente demande.*

*Cette décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif de Nantes dans un délai de 2 mois à compter de sa date de réception.*