

ACTIVITE COMPLEMENTAIRE

Exercez-vous déjà une autre activité ?

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

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) NOM _____ PRENOM _____

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

DECISION DU DIRECTEUR DU POLE POLITIQUE SOCIALE (dans un délai d'un mois) DANS LE CADRE D'UN CUMUL D'ACTIVITE A TITRE ACCESSOIRE

Autorisation accordée

Autorisation refusée pour les motifs suivants : _____

Date _____

Rudy AUGIER

Directeur de la Gestion des Ressources Humaines

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