

V. Annexe 1 : Demande d'autorisation de cumul d'activités à titre
accessoire

AGENTS À TEMPS COMPLET, NON COMPLET OU À TEMPS PARTIEL

NOM / PRÉNOM :

GRADE :

BUREAU : DIRECTION : SERVICE :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ PRINCIPALE EXERCÉE

Fonctions exercées :

.....

.....

.....

Exercez-vous ces fonctions : A temps complet

A temps non complet supérieur à 70 % du temps plein
(indiquer la quotité :))

A temps partiel (indiquer la quotité :))

PROJET DE CUMUL AVEC UNE ACTIVITÉ ACCESSOIRE

Description de l'activité envisagée

Identité, nature et secteur d'activité de l'organisme pour le compte duquel s'exercera
l'activité accessoire :

.....

.....

Nature de l'activité accessoire :

.....

.....

Durée, périodicité et horaires approximatifs de l'activité :

.....

Conditions particulières de réalisation de l'activité (déplacements, variation saisonnière de l'activité...) :

.....
.....

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoires (s) ? Oui Non

En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires approximatifs, etc.)

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....