

DPE 1 : PUBLIC PRIVE
DPAE : DPAE 1 DPAE 2 DPAE 4

DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE A UN CUMUL D'ACTIVITE ACCESSOIRE

*DPE : Formulaire pour les personnels d'enseignement du 2nd degré, d'éducation et psychologues de l'éducation nationale
DPAE : Formulaire pour les personnels d'encadrement, administratifs, ouvriers, techniques, sociaux et de santé*

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

I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Corps/Grade : _____ Discipline : _____

Etablissement d'affectation : _____

Fonctions actuellement exercées : (précisez par exemple les activités ou secteurs professionnels dont vous avez le contrôle ou la connaissance, les bases de données auxquelles vous avez accès,...)

Quotité de service actuelle : _____ %

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

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)

Secteur d'activité : _____

Description détaillée de l'activité : _____

- Identité de l'employeur ou de l'organisme : _____

Adresse : _____

- Situation statutaire dans l'activité secondaire :

Vacataire Contractuel Auxiliaire Autre à préciser _____

Date de début de l'activité : _____ Date de fin de l'activité : _____

Volume horaire de l'activité : _____ pour la période concernée mensuel hebdomadaire

Modalités de la rémunération : Traitement Indemnité Vacation Autre à préciser

Montant de la rémunération : _____ € pour la période concernée mensuelle horaire

■ Exercez-vous d'autres activités secondaires relevant de la réglementation sur le cumul d'activités ?

(*) joignez la copie de l'autorisation de cumul pour chaque activité, ou une demande individuelle spécifique pour chacune d'elles

OUI (*)

NON

Lesquelles : 1) :

2) :

3) :

Assurez-vous des HSA ou HSE dans votre établissement principal :

OUI

NON

■ Je déclare avoir pris connaissance de la note rectorale relative au cumul d'activités.

■ Je certifie exacts tous les renseignements communiqués ci-dessus. Je m'engage à signaler tout changement pouvant intervenir dans la nature ou le volume de l'activité secondaire sollicitée.

Fait à _____, le _____
(signature)

II -AVIS

Avis du DASEN, du chef d'établissement, du directeur ou du chef de service dont relève l'emploi principal du demandeur

Demande reçue le : _____

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)

Vu et transmis à M. le Recteur le _____

Visa et cachet

DECISION DU RECTEUR

Autorisation accordée

Autorisation en attente de compléments d'information demandés le : _____

Autorisation refusée pour le motif suivant : _____

Nancy, le _____

Le Recteur