|  |  |
| --- | --- |
|  | **DEMANDE D’AUTORISATION DE CUMUL D’ACTIVITÉS****Pour l’année scolaire 2023-2024** **(Annexe 1)** |

Pôle 1er degré

**NOM :**…………………………………………………..……… **Prénom :**……………………………………………

**Grade :**………………………………

Adresse :……………………………………………………………….....................................................................

……………………………………………………………………..………………………………………………………

Adresse électronique ( @ac-dijon.fr) : …………………..…………………………...……………………………...

Affectation :………………………………………………………Circonscription :……………………………………

**DESCRIPTION DE L’ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE :**

Fonctions exercées :…………………………………………………………………………………...

Emploi du temps :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MATIN | APRES-MIDI |
|  | Début | Fin | Début | Fin |
| LUNDI | H | H | H | H |
| MARDI | H | H | H | H |
| MERCREDI | H | H | H | H |
| JEUDI | H | H | H | H |
| VENDREDI | H | H | H | H |

Exercez-vous ces fonctions :  A temps complet  A temps partiel : quotité :…………………………..…

**PROJET DE CUMUL D’ACTIVITES :**

* Dans le cadre de l’activité accessoire
* Dans le cadre de l’activité accessoire sous le régime de l’auto-entrepreneur

**Description de l’activité envisagée**

Informations sur l’organisme employeur secondaire

- Identité complète de l’employeur, nature et secteur d’activité de l’organisme pour le compte duquel s’exerce l’activité accessoire (si personne privée lien éventuel avec l’agent) et coordonnées complètes :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Informations sur l’activité accessoire

- Nature de l’activité accessoire :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- Durée : dates de début et de fin, nombre de semaines, mois :

…………………………………………………………………………………………………

Emploi du temps :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MATIN | APRES-MIDI |
|  | Début | Fin | Début | Fin |
| LUNDI | H | H | H | H |
| MARDI | H | H | H | H |
| MERCREDI | H | H | H | H |
| JEUDI | H | H | H | H |
| VENDREDI | H | H | H | H |
| TOTAL HEBDOMADAIRE |  |  |  |  |

 **Un temps de pause d’une durée minimale de 20 minutes est obligatoire à partir de 6 heures consécutives travaillées, quel que soit le nombre d’employeurs.**

- Conditions et estimation (en euros) de rémunération de l’activité :

………………………………………………………………………………………………………………………….

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoire(s) ?  oui  non

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je soussigné(e)………………………………………………, souhaitant cumuler mon activité principale avec une activité privée accessoire pour le compte de (nom de l’entreprise ou de l’organisme) …………………………………..………………………………………………………... :

* Déclare sur l’honneur ne pas être chargé(e), dans le cadre de mon activité principale, de la surveillance ou de l’administration de cette entreprise ou de cet organisme, au sens de l’article L.432-12 du code pénal ;
* Atteste avoir été informé(e) qu’en l’absence de réponse écrite dans un délai d’un mois, la demande d’exercer une activité accessoire est réputée rejetée.

Fait à : …………………………………………………….., le ………………………………………………………

**Signature de l’agent :**

|  |
| --- |
| **PARTIE RÉSERVÉE À L’ADMINISTRATION** |
| **Avis du supérieur hiérarchique sur la demande de cumul :****Date :****Signature :** |
| **Décision de l’IA-DASEN de l’Yonne :** **Date :** * **Accord**
* **Refus**

 **Jean-Baptiste LEPETZ** |