

Année Universitaire 202_ / 202_

AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES¹ Fonctionnaire ou Agent Public Non Titulaire

Il est indispensable que **toutes les rubriques** de la présente fiche soient **complétées avec précision** pour permettre l'examen de la demande.

Merci de retourner cet imprimé en **original, sans rature, sans correction** à l'Université Savoie Mont Blanc.

Nom : Prénom :

Numéro INSEE : __ / __ / __ / __ / ____ / ____

I. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FONCTION PRINCIPALE

Etablissement : Grade :

Indice de Traitement (INM) :

Horaire Annuel :

Si CDD, date de début : date de fin :

II. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FONCTION SECONDAIRE

Etablissement : **UNIVERSITE SAVOIE MONT BLANC**

Nature des fonctions : **Enseignement**

Situation dans la fonction secondaire : **Vacataire**

Modalité de rémunération : **Vacations au taux en vigueur**

Nombre d'heures effectuées : **équivalent T.D.**

Montant annuel de cette rémunération :

III. DATE D'EFFET A DONNER A LA DECISION AUTORISANT LE CUMUL DES FONCTIONS :

... / ... /

Fait à,

le

Avis de l'employeur principal²

favorable défavorable

Signature du fonctionnaire
ou de l'agent public non titulaire :

Signature, Nom et Qualité du signataire,
Cachet de l'Administration :

¹ dans le cas où l'employeur public principal ne prévoit pas de formulaire d'autorisation de cumul d'activités spécifique

² en apposant son visa, le supérieur hiérarchique certifie l'**exactitude** des renseignements fournis par le demandeur et **atteste** qu'il accomplit les obligations statutaires afférentes à son grade