

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE

NOM : PRENOM :
.....

Première demande Renouvellement

CADRE RESERVE AU SRH

ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE A INRIA

N° agent :

Statut à Inria:

Fonctionnaire : Corps et grade:

CDD : Type de contrat :

Date de début de contrat : / / Date de fin de contrat / /

Traitement brut mensuel : €

Rattachement :

Centre de recherche de Siège

Projet / Service :

Fonction exercée :

Poste occupé: A temps complet A temps incomplet

Quotité de travail : A temps plein A temps partiel (quotité : %)

PROJET DE CUMUL AVEC UNE ACTIVITE ACCESSOIRE

(À remplir par le demandeur, tous les champs sont obligatoires)

FORMULAIRE A TRANSMETTRE A VOTRE SRH 2 MOIS AVANT LE DEBUT DE L'ACTIVITE

I - FICHE D'IDENTITE DE L'ORGANISME AUPRES DUQUEL EST ENVISAGEE L'ACTIVITE ACCESSOIRE

Raison sociale de l'organisme / société :
.....

Statut de l'organisme :

Privé - indiquer la forme sociale :

Public - indiquer le statut :

Secteur d'activité de l'organisme :

Périodicité (exprimée en heures par semaine ou jours par mois) :

.....

Horaires approximatifs :

N.B. : l'activité accessoire ne peut être exercée qu'en dehors de vos heures de service.

Conditions de rémunérations :

Montant brut total de la rémunération :

.....

Mode de calcul (taux horaire, montant forfaitaire etc.) :

Mode de rémunération (honoraires, vacations, etc.) :

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

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

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

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

Au cours de l'année civile en cours, exercez- vous déjà une ou plusieurs activités accessoires ?

Oui Non

En cas de réponse positive :

Activité exercée :

Temps consacrés :

DECLARATION SUR L'HONNEUR DU DEMANDEUR :

La présente attestation sur l'honneur a pour but de s'assurer que le demandeur a clairement conscience que sa qualité d'agent public fait peser sur lui des devoirs particuliers en termes de probité et de désintéressement, particulièrement à l'égard des intérêts privés. Comme tout agent public, l'intéressé(e) est redevable de ses actions envers les citoyens et la société. L'agent public qui ne respecterait pas ces principes déontologiques s'exposerait à des sanctions pénales.

Je soussigné(e) (NOM Prénom)

.....

Déclare sur l'honneur :

- avoir pris connaissance des conditions d'exercice d'une activité accessoire au titre du cumul,
- attester de l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus,
- en cas de cumul avec une activité accessoire à caractère privé, ne pas être chargé(e), dans le cadre de mon activité principale, de la surveillance ou de l'administration de l'entreprise ou de l'organisme cité en I., au sens de l'article L. 432-12 du code pénal.

Date :

Signature :

Sans préjudice de l'application des sanctions prévues en cas de mise en cause de la responsabilité pénale d'un agent public, notamment dans le cadre du délit de prise illégale d'intérêts (article 432-12 du code pénal), l'agent qui contreviendrait aux règles édictées en matière de cumul (décret n°2007-658 du 2 mai 2007) s'expose au reversement des sommes indûment perçues et à une sanction disciplinaire prévues par l'article 66 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 et 43-2 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986.

Important : En cas de changement substantiel dans les conditions d'exercice ou de rémunération de l'activité faisant l'objet de cette demande d'autorisation, il sera considéré que vous exercez une nouvelle activité, et vous devrez formuler une nouvelle demande d'autorisation.

L'autorisation que vous sollicitez n'est pas définitive. Inria peut s'opposer à tout moment à la poursuite d'une activité qui a été autorisée, si l'intérêt du service le justifie, si les informations sur le fondement desquelles l'autorisation a été donnée apparaissent erronées, ou si l'activité autorisée perd son caractère accessoire.

CIRCUIT DES SIGNATURES :

Signatures obligatoires dans tous les cas de figures :	1	2	4
Uniquement pour les <u>activités privées</u> :	3	5	
Hors cas d'enseignement, formation, jury de concours :	6		



1

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DIRECT DU DEMANDEUR

**AVIS SUR LA COMPATIBILITE DE L'ACTIVITE ACCESSOIRE
AVEC L'ACTIVITE PRINCIPALE A INRIA :**

L'avis du responsable direct du demandeur a pour but d'évaluer la compatibilité de l'activité accessoire avec le plein exercice des fonctions de l'agent au sein de son service/équipe. L'exercice de cette activité ne doit pas nuire à la bonne marche du service (fonctionnement, indépendance, neutralité).

Avis Favorable Avis Défavorable

Date :
Nom du responsable direct :
Signature :

2

A REMPLIR PAR LE SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

AVIS SUR LE CARACTERE ACCESSOIRE DES ACTIVITES ACCESSOIRES

L'avis du RRH a pour but de se prononcer sur le caractère accessoire de l'ensemble des activités privées du demandeur

Avis Favorable Avis Défavorable

VISA de la DRH (SPG) :
*(dans le cadre des demandes liées à
l'enseignement,
à la formation et au jury de concours)*

Date :
Nom du RRH :
Signature :

3

A REMPLIR PAR LE CHARGE DES PARTENARIATS ET DES PROJETS D'INNOVATION (dt

AVIS SUR LE RISQUE DE CONFLITS D'INTERET
(A remplir uniquement pour les demandes de cumul d'activité
auprès d'un organisme privé ou public à caractère lucratif)

L'avis du CPPI doit permettre d'estimer les risques de conflits d'intérêts existants entre l'activité accessoire du demandeur avec les activités de l'INRIA et notamment l'activité de valorisation. L'activité accessoire envisagée doit être exclusive de tout transfert direct de résultats de recherche ou de savoir-faire original de l'INRIA.

Avis Favorable

Avis Défavorable

Date :

Nom du CPPI :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DU CENTRE DE RECHERCHE

4

**AVIS DU DIRECTEUR DU CENTRE DE RECHERCHE (DCR)
ou du DELEGUE A L'ADMINISTRATION DU SIEGE (DAS)**

N.B. : pour les demandes au titre de l'enseignement, de la formation, et de jury de concours, le DCR ou le DAS peuvent avoir délégation de signature pour signer la lettre d'autorisation

Avis Favorable

Avis Défavorable

Avis DTI sollicité

Date :

Nom du DCR / DAS :

Signature :

A REMPLIR PAR LA DIRECTION DU TRANSFERT ET DE L'INNOVATION

5

AVIS DU DIRECTEUR DU TRANSFERT ET DE L'INNOVATION (DTI)
(Si sollicité par le DCR)

Avis Favorable

Avis Défavorable

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

6

VISA DU RESPONSABLE DU SERVICE PILOTAGE DES PROCESSUS DE GESTION (SPG)

Commentaires éventuels :

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

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

Date :

Signature :