



ANNEXE 1

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES A TITRE ACCESSOIRE AGENTS A TEMPS COMPLET OU A TEMPS NON COMPLET A PLUS de 70% OU A TEMPS PARTIEL Décret n°2017-105 du 27 janvier 2017

NOM-PRENOM :
GRADE :
DIRECTION / SERVICE :
ADRESSE PROFESSIONNELLE :
TELEPHONE : ADRESSE ELECTRONIQUE :

1 -DESCRIPTION DE L'ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE

Fonctions exercées :
.....
.....

Exercez-vous ces fonctions : A temps complet A temps partiel (indiquer la quotité :)

2- PROJET DE CUMUL

AVEC CREATION / REPRISE D'UNE ENTREPRISE ou POURSUITE AU SEIN D'UNE ENTREPRISE

Si création d'entreprise, date de la demande de temps partiel obligatoire :

.....
Quotité demandée :

.....
Nom, type d'entreprise et date de création

.....
Nature de l'activité de l'entreprise :

.....
Horaires approximatifs de l'activité :

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

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

AVEC UNE ACTIVITE ACCESSOIRE

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

.....
Nature de l'activité accessoire (cf article 6 décret n°2017-105) :

.....
Horaires approximatifs de l'activité :

.....
Conditions de réalisation de l'activité (durée, périodicité 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 :

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