

Autorisation de cumul d'activités ⁽¹⁾

DENOMINATION DE L'EMPLOYEUR :

N° SIRET :

ADRESSE : CODE POSTAL :

VILLE : Tél :

Je soussigné, nom et qualité du signataire (2)

CERTIFIE QUE

M, Mme,
(Nom, Prénom)

Né (e) le à

N° Sécurité Sociale :

Domicilié(e) :

N° de téléphone : Adresse e-mail :

1 - Est fonctionnaire Titulaire, Stagiaire (3)
ou contractuel (le)

Grade :

Si temps non complet, nombre d'heures et/ou pourcentage :

Si temps partiel, pourcentage :

Date de titularisation :

2 - Est autorisé à effectuer une activité accessoire de formation ou de participation à des opérations de concours ou d'examens auprès du CENTRE NATIONAL DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE conformément à la réglementation en matière de cumul.

 « L'activité accessoire ne peut être exercée qu'en dehors des heures de service de l'intéressé »
(article 6 du décret du 2 mai 2007 modifié).

pour la période du au(4)

L'intéressé sera rémunéré selon le barème en vigueur au CNFPT (délibération du conseil d'administration du 26 juin 2013).

Pour servir et valoir ce que de droit.

A le

Cadre réservé au CNFPT
Région :
Code Région :
Matricule agent :

Signature obligatoire

(1) **L'original** de ce document doit être retourné impérativement au C.N.F.P.T, préalablement à l'intervention.

(2) Mention obligatoire

(3) Rayer la mention inutile

(4) Pour une durée d'un an maximum