DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITE

Ce document est à remplir pour les intervenants occasionnels qui sont agents du service public.

Les intervenants occasionnels pressentis pour dispenser des interventions à l'ARIFTS et étant employés dans le secteur public par ailleurs doivent faire remplir ce formulaire auprès de leur administration.

ETAT CIVIL	
Nom :	
Nom de naissance :	
Prénom :	
N° de sécurité sociale :	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

RENSEIGNEMENTS

1. **Concernant l'activité principale :**

   Grade / Profession :

   Statut : ☐ **Titulaire** ☐ **Contractuel / Auxiliaire**

   Service à : ☐ **Temps complet** ☐ **Temps partiel**

   Etablissement :

   Adresse de l'établissement :

   Cet établissement autorise M. / Mme _____ (nom de famille) à exercer une activité secondaire auprès de l'établissement ARIFTS.

2. **Concernant l'activité secondaire :**

   Etablissement : ARIFTS

   Situation statutaire : intervenant occasionnel chargé d'enseignement

   Nombre d'heures d'enseignement prévues :

   De : (date) à (date)

Fait à :

Le :

Signature et tampon de l'administration :