

DEMANDE DE CUMUL DE RÉMUNÉRATION

Hôpitaux Universitaires Henri Mondor

Dossier suivi par : .....

Téléphone : .....

✓ Les demandes devront **obligatoirement être formulées préalablement à l'exercice de l'activité accessoire et non, a postériori**, en vue d'une éventuelle régularisation.

✓ Enfin, conformément aux dispositions de la loi 2007-148 du 02/02/2007 et du décret n°2007-658 du 02/05/2007 relatif aux cumuls de retraites, de rémunérations et de fonctions, les activités accessoires doivent se dérouler en dehors des obligations de service des agents.

Nom patronymique Nom usuel et prénom Numéro APH  Coordonnées téléphoniques ou e- mail	Melle/Mme/Mr..... ..... N..... .....
Grade Service Quotité de travail (temps complet, non complet)	..... ..... .....
Période de l'activité	Du ..... au .....
Durée de l'activité (nombre d'heures par jour / par mois ou par an, à préciser)	.....Heures par jour/mois/an (*)
Rémunération versée à l'agent	Nette ou Brute (1) Globale : ..... € par jour/mois/an (*)
Nom de l'employeur secondaire (préciser obligatoirement l'intitulé exact du nom de l'employeur et sa résidence administrative)	..... ..... .....
Nature de l'activité	..... .....

(\*) rayer la mention inutile

Date :

Signature de l'agent

Signature  
 du Directeur des Ressources Humaines  
 du Chef du personnel

Signature du supérieur hiérarchique