
Annexes

1. Demande de changement de temps de travail
2. Note de service 2011 – 012 du 15 juin 2011
3. Demande d'ouverture d'un CET
4. Fiche de gestion du CET historique
5. Fiche de gestion du CET pérenne
6. Demande de don de jours de repos d'un agent public à un autre public parent d'un enfant gravement malade
7. Demande d'un bénéfice d'un don de jours de repos d'un agent public à un autre agent public parent d'un enfant gravement malade
8. Tableau de plannings de congés
9. Demande de congés
10. Déclaration d'accident de travail ou trajet (sécurité sociale – contractuels)
11. Déclaration d'accident pour les agents contractuels
12. Enquête administrative d'accident de service / trajet (agents titulaires et stagiaires)
13. Demande d'autorisation d'absence
14. Changement de position administrative
15. Déclaration d'exercice d'une activité privée
16. Heure mensuelle d'information syndicale
17. Demande de congés syndicaux non globalisés et autres absences
18. Demande d'heures syndicales globalisées
19. Demande de congés de formation professionnelle
20. Demande de formation continue
21. Demande d'autorisation d'absence pour bilan de compétences ou VAE
22. Charte sur les études promotionnelles
23. Demande d'autorisation de cumul d'activité
24. Déclaration de création ou de reprise d'une entreprise dans le cadre de cumul
25. Déclaration de cumul d'activités au titre de la poursuite d'une activité au sein d'une entreprise

1. Demande de changement de temps de travail



DEMANDE DE CHANGEMENT DE TEMPS DE TRAVAIL

Document à transmettre à votre **GESTION de POLE**
par la voie hiérarchique

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____
Grade : _____ Matricule : _____ Statut : Contractuel Titulaire/stagiaire
Service : _____ Pôle : _____ N° poste : _____

Je sollicite à compter du ____/____/20__ de :

➤ **Changer de quotité de temps de travail** / **Renouveler ma demande de temps partiel**

Pour toute demande de sur cotisation pour la retraite, s'adresser directement au service retraite de la DRH

→ **Sur autorisation** : (cocher la case correspondante)

Cumul d'activité pour création ou reprise d'entreprise * **Motif autre**

**Joindre à la demande la déclaration de création ou de reprise d'activité au sein d'une entreprise*

50 % 60 % 70 % 75 % 80 % 90%

Durée : _____

→ **De droit** : (cocher la case correspondante)

Pour élever un enfant de moins de 3 ans

Donner des soins

Congé de solidarité familiale

(Joindre une copie du livret de famille)

50 % 60 % 70 % 80 %

Durée : _____

➤ **Réintégrer à temps plein** : (Le complément du temps de travail demandé peut impliquer une affectation dans un autre service)

Fait à : _____ Le ____/____/20____ Signature :

AVIS MOTIVE DU CADRE DE PROXIMITE	AVIS MOTIVE DU CHEF DE SERVICE/CADRE SUPERIEUR/ADMINISTRATIF
<input type="checkbox"/> Favorable à/c du ____/____/20____ <input type="checkbox"/> Défavorable Le remplacement de cet agent <input type="checkbox"/> est nécessaire <input type="checkbox"/> n'est pas nécessaire Nom et prénom du Cadre de proximité : _____ Date et Signature : _____	<input type="checkbox"/> Favorable à/c du ____/____/20____ <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver) Nom et prénom du Chef de service ou du Cadre supérieur : _____ Date et Signature : _____
DECISION DU DIRECTEUR REFERENT	
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver) : _____ Nom et prénom du Directeur Référent : _____ Date et signature : ____/____/20____	



NOTE DE SERVICE – 2011 - 012

OBJET : HORAIRES AU CHU DE GRENOBLE.

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,

Vu le code de la santé publique et notamment l'article L6143-7 14,

Vu le décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,

Vu le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,

Vu le décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat,

Vu l'accord cadre sur l'organisation de la RTT au CHU de Grenoble du 7 janvier 2002,

Vu l'avenant n°1 du 16 février 2004 à l'accord cadre sur l'organisation de la RTT au CHU de Grenoble du 7 janvier 2002,

L'accord local signé le 7 janvier 2002 au CHU de Grenoble a fixé, en application des évolutions réglementaires régissant la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, les règles de base de l'organisation du temps de travail dans l'établissement.

La règle générale a prévu pour les équipes de jour des vacations de sept heures trente et une amplitude de la journée de travail de sept heures cinquante incluant un temps de pause de quarante minutes dont vingt minutes sur le temps de travail, et l'octroi de quinze jours de RTT.

Près de dix ans après, il s'agit de confirmer ces dispositions locales tout en garantissant au CHU de Grenoble la possibilité d'autres horaires, également conformes à la réglementation et permettant une évolution des organisations répondant à la fois à une meilleure adaptation de nos moyens à la prise en charge des patients et aux projets de service.

Le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit dans son article 7 que « *en cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique paritaire, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures* ».

La présente note de service précise les conditions de mise en œuvre au CHU de Grenoble de ces dispositions.

1 – les horaires n'excédant pas neuf heures pour les équipes de jour : la confirmation des principes de l'accord local

Il est possible d'organiser les unités de soins sur la base de vacations d'une durée supérieure à sept heures trente lorsque cela concourt à une meilleure organisation du travail et une amélioration de la prise en charge des patients. Toutefois, afin de garantir les principes fondamentaux de l'accord local du 7 janvier 2002, il est précisé que :

- par principe, le temps de travail effectif ne peut excéder huit heures quarante en sorte de garantir une amplitude maximale de neuf heures pour les agents bénéficiant d'une pause de quarante minutes dont vingt minutes sur le temps de travail ;
- par exception, lorsque l'organisation du service le permet ou le requiert, le temps de travail effectif peut être compris entre huit heures quarante-cinq et neuf heures : l'horaire doit être généralisé sur tous les postes de travail du service dans le même corps et le temps de pause est alors limité à vingt minutes sur le temps de travail ;
- les cycles de travail garantissent un temps de travail effectif hebdomadaire moyen sur le cycle au moins égal à trente-sept heures trente en sorte que les agents bénéficient des quinze jours de RTT tels que prévus au point 4 de l'accord local du 7 janvier 2002.

2 – les horaires dérogatoires : la définition de règles garantissant la prise en charge des patients et les conditions et rythmes de travail des personnels

La réglementation a prévu la possibilité de vacations supérieures à neuf heures de jour et dix heures de nuit.

La mise en place de tels horaires au CHU de Grenoble est encadrée par les principes ci-dessous exposés.

Article préliminaire :

Les présents principes relatifs à la mise en place d'horaires dérogatoires au centre hospitalier universitaire de Grenoble sont établis dans le respect des dispositions législatives et réglementaires susvisées. Parmi ces derniers, il est particulièrement rappelé l'article 6 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 susvisé qui indique : « L'organisation du travail doit respecter les garanties ci-après définies. La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours. Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et d'un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum. Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs, dont un dimanche », l'article 7 dudit décret qui indique : « (...) En cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique paritaire, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures (...) », et l'article 9 dudit décret qui indique : « Le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail définis par service ou par fonctions et arrêtés par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique paritaire.

Le cycle de travail est une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à douze semaines ; le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier.

Il ne peut être accompli par un agent plus de 44 heures par semaine.

Les heures supplémentaires et repos compensateurs sont décomptés sur la durée totale du cycle. Les repos compensateurs doivent être pris dans le cadre du cycle de travail. ».

Les grilles de planning doivent donc prévoir un maximum de trois vacations dans une semaine pour les horaires supérieurs à onze heures.

Article 1

Le premier objectif du maintien ou de la mise en place d'horaires dérogatoires depuis 2002 au centre hospitalier universitaire de Grenoble est d'organiser au mieux les moyens dont il dispose au service de la

prise en charge des patients et dans le respect de rythmes de travail adaptés pour les personnels. A ce titre, il est rappelé que ces derniers doivent strictement se conformer aux dispositions du décret n°2007-658 susvisé et notamment son article 1 qui indique : « (...) les fonctionnaires, les agents non titulaires de droit public et les ouvriers régis par le régime des pensions des établissements industriels de l'Etat peuvent être autorisés à cumuler une activité accessoire à leur activité principale, sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service (...) », et son article 4 qui indique : « Le cumul d'une activité exercée à titre accessoire mentionnée aux articles 2 et 3 avec une activité exercée à titre principal est subordonné à la délivrance d'une autorisation par l'autorité dont relève l'agent intéressé (...) ».

Article 2

Tout projet de mise en place d'horaires dérogatoires devra, préalablement à sa soumission à l'avis du comité technique d'établissement, clairement établir :

- I. qu'il est le résultat d'un travail concerté au sein de l'équipe de soins ;
- II. qu'il est soutenu par une majorité significative d'agents invités à s'exprimer par un vote assurant la confidentialité des suffrages et organisé corps par corps ;
- III. qu'il participe à l'amélioration de la prise en charge des patients ;
- IV. qu'il peut permettre une amélioration des conditions de travail.

Article 3

La mise en place d'horaires dérogatoires au sein d'un service n'interdit pas le maintien d'horaires non dérogatoires au sein dudit service.

Article 4

Lorsque des horaires dérogatoires sont mis en place dans un service sans maintien d'horaires non dérogatoires, les personnels n'appartenant pas à la majorité visée au II. de l'article 2 du présent protocole exercent leur mission dans le cadre des horaires dérogatoires mis en place mais deviennent prioritaires pour être affectés dans un autre service s'ils en formulent la demande et dès qu'un poste vacant le permet. La direction des ressources humaines et la direction du service de soins aux patients favoriseront les mobilités pour ces agents.

Article 5

L'organisation du travail en horaires dérogatoires doit garantir la continuité du service. A ce titre, tout projet devra comporter un volet relatif à l'amélioration des transmissions écrites.

En cas de besoin, les horaires des postes de travail seront décalés pour permettre des transmissions orales pour une partie des équipes alternantes, et notamment garantir les dispositions de l'article 7 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 précitées.

Article 6

Tout projet de mise en place d'horaires dérogatoires dans un service doit être l'occasion de redéfinir la collaboration entre les équipes médicales et non médicales, en insistant notamment sur les modalités de participation des personnels non médicaux aux staffs médicaux et des personnels médicaux aux transmissions non médicales.

Article 7

Les services définiront des indicateurs pour évaluer l'organisation en horaires dérogatoires. Parmi ceux-ci devront être suivis annuellement : le taux d'absentéisme notamment pour maladie ordinaire, le nombre des rappels sur plannings, l'évolution du nombre des accidents de travail et du nombre des accidents de trajet, le turn-over par corps.

La situation initiale de ces indicateurs devra figurer dans le projet de mise en place d'horaires dérogatoires.

Un bilan à un an de l'organisation mise en place devra être réalisé.

Article 8

Lorsque la mise en place d'horaires dérogatoires prévoit des postes de travail en douze heures, le temps de pause sur la durée du poste inclus dans le décompte du temps de travail demeure fixé à cinquante minutes, dont pour les postes diurnes une pause médiane située entre onze heures et quatorze heures d'une durée de trente minutes.

Les cadres des services veilleront à ce que les temps de pause puissent être pris.

Article 9

L'organisation d'un service en horaires dérogatoires est fondée sur des périodes de référence dénommées cycles de travail définis par fonctions, dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et qui ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à douze semaines ; le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier. Les heures supplémentaires et repos compensateurs sont décomptés sur la durée totale du cycle. Les repos compensateurs qui

ramènent la durée de travail moyenne à la durée légale hebdomadaire sont pris dans le cadre du cycle de travail.

Article 10

Un suivi particulier des agents exerçant leurs fonctions en postes de douze heures sera assuré par le service de médecine du travail.

Un questionnaire établi par le service de médecine du travail permettra d'évaluer l'état de santé des agents et son évolution, avant la mise en place de l'organisation en postes de travail de douze heures, puis trois mois, six mois et douze mois après.

Les agents devront avoir bénéficié d'une visite médicale dans les six mois précédant la mise en place de l'organisation en postes de travail de douze heures, puis six mois et douze mois après.

Article 11

La médecine du travail effectuera une surveillance médicale renforcée des personnels féminins enceintes et proposera à leur bénéfice en cas de besoin des aménagements temporaires de poste de travail ou de conditions d'exercice.

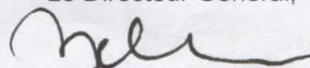
A ce titre, les personnels féminins enceintes seront invitées à faire part de leur état de grossesse le plus précocement possible au médecin du travail afin qu'il puisse exercer cette surveillance médicale.

Les cadres des unités sont invités à faciliter autant que faire se peut l'octroi de l'heure de grossesse aux femmes enceintes.

Article 12

Lorsqu'un agent affecté dans une unité organisée en postes de travail en douze heures est placé en position de temps partiel thérapeutique, l'organisation de la journée de travail est mise en place sur la base d'une journée de travail de sept heures.

Le Directeur Général,



Jean DEBEAUPUIS

3. Demande d'ouverture d'un CET



DEMANDE D'OUVERTURE D'UN COMPTE EPARGNE TEMPS

Document à transmettre à la DRH sous couvert du responsable hiérarchique

Nom: _____ Nom de jeune fille: _____ Prénom : _____

Grade: _____ Matricule: _____ Statut: Contractuel ou Titulaire

Service: _____ Pôle : _____ N° poste: _____

Le ____/____/20__

A

Monsieur le Directeur des
Ressources Humaines
S/C de (nom du responsable hiérarchique)

OBJET : Demande d'ouverture d'un Compte Epargne Temps.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de solliciter auprès de vous l'ouverture d'un Compte Epargne Temps au titre de l'année 20____.

Je vous remercie par avance et vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de mes salutations distinguées.

Signature obligatoire

VISA DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

4. Fiche de gestion du CET Historique

**Formulaire
CET Historique**

(Jours maintenus dans le CET au 31 décembre 2011)

Demande d'exercice de l'option relative à l'utilisation des jours maintenus sur un CET au 31 décembre 2011

A n'utiliser que si le nombre de jours épargnés au 31 décembre 2011 est supérieur à 20 jours et à retourner impérativement au plus tard le 1er mars .

1. Etat du CET historique au 31 décembre 2011

Nom :

Prénom :

Grade :

Structure d'affectation (unité fonctionnelle) :

Nombre total de jours maintenus sur le CET :

Nombre de jours dépassant le seuil de 20 jours :

date :

2. Droit d'option pour les jours cumulés dans le CET au 31 décembre 2011 et dépassant le seuil de 20 jours

L'agent peut demander à utiliser ces jours par application d'une ou plusieurs des options ci-dessous dans les proportions qu'il souhaite.

Nombre de jours à prendre en compte au titre du RAFP (<i>uniquement pour les agents titulaires</i>)	Nombre de jours à indemniser <i>Valeur du jour en montant brut :</i> Catégorie A : 125 euros Catégorie B : 80 euros Catégorie C : 65 euros	Nombre de jours à maintenir sur le CET pour utilisation sous forme de congés. (<i>non soumis au plafond de 60 jours du dispositif pérenne</i>)
.....joursjoursjours

Lieu et date de la demande :

Signature de l'agent :

Visa du supérieur hiérarchique de l'agent

Date :

Visa

Formulaire CET pérenne

Récapitulatif de versement au CET des jours non pris durant l'année

Demande d'exercice de l'option relative à l'utilisation de jours CET pour les jours excédant le seuil de 20 jours

- A retourner à la DRH impérativement avant le 31 mars

PARTIE 1 DU FORMULAIRE

⇒ Versement au CET de jours de congés non pris au cours de l'année

Nom :
Prénom :
Grade :
Nature du contrat (si agent non titulaire) :
Structure d'affectation (unité fonctionnelle) :

Historique CET pérenne

-rappel du nombre de jours maintenus sur le CET avant versement (A) :

Versement année 2015

-Jours de congés annuels non pris (dans la limite de 5 jours)..... :

-Jours de RTT non pris..... :

-Heures supplémentaires non prises (à reconvertir en jours)..... :

-Nombre total de jours à inscrire sur le CET au titre de l'année N (B)..... :

-Total du nombre de jours inscrits sur le CET après versement (C=A+B)..... :

-Nombre de jours excédant le seuil de 20 jours (C-20 jours)..... :

signature :

Date :

PARTIE 2 DU FORMULAIRE

⇒ Droit d'option pour les jours cumulés dans le CET après versement de jours acquis au titre de l'année et dépassant le seuil de 20 jours

L'agent peut demander à utiliser ces jours par application d'une ou plusieurs des options ci-dessous dans les proportions qu'il souhaite (à l'exception du nombre de jours maintenus en congé, limité par un plafond de progression annuelle de 10 jours). A terme, le nombre total de jours maintenus à titre de congés sur un CET ne pourra être supérieur à 60 jours.

Nombre de jours à prendre en compte au titre du RAFP (uniquement pour les agents titulaires)	Nombre de jours à indemniser (Valeur du jour en montant brut : Catégorie A : 125 euros Catégorie B : 80 euros Catégorie C : 65 euros)	Nombre de jours dépassant le seuil de 20 jours à maintenir sur le CET (progression annuelle limitée à 10 jours par rapport au nombre de jours maintenus précédemment dans le CET au-delà du seuil de 20 jours)
..... jours jours jours

Je suis informé(e) :

- que je ne peux maintenir en congés au-delà du seuil de 20 jours, plus de 10 jours par rapport au nombre de jours maintenus au 31 décembre de l'année
- que ce choix est irrévocable pour l'année concernée (en cas de départ en retraite programmé dans l'année, les jours maintenus sur le CET ne pourront faire l'objet d'une nouvelle demande d'indemnisation ou de RAFP)

Lieu et date de la demande :

Signature de l'agent :

Visa du supérieur hiérarchique de l'agent

Date :

6. Demande de don de jours de repos d'un agent public à un autre agent public parent d'un enfant gravement malade



DEMANDE DE DON DE JOURS DE REPOS D'UN AGENT PUBLIC A UN AUTRE AGENT PUBLIC PARENT D'UN ENFANT GRAVEMENT MALADE

Document à transmettre à la cellule temps de la DRH sous couvert du responsable hiérarchique

AGENT SOUHAITANT FAIRE UN DON DE JOURS DE REPOS

Nom: _____ Nom de jeune fille: _____ Prénom: _____

Grade: _____ Matricule: _____ Statut: Contractuel ou Titulaire

Service : _____ Pôle: _____ N° poste: _____

Je soussigné(e), M. Mme *

(Nom, prénom) _____

souhaite faire don de _____ jours de CA /RTT * à un agent public, parent d'un enfant gravement malade.

Je souhaite que ce don bénéficie à M. Mme *

(Nom, prénom, grade de l'agent bénéficiaire) _____

(*) précision facultative

J'ai bien noté que ce don sera définitif après accord de la Direction des Ressources Humaines du CHU de GRENOBLE et que je n'aurai plus la possibilité de me rétracter.

Avec mes remerciements.

Fait à : _____

Le ____ / ____ /20 ____

Signature de l'agent donateur :

Visa du Cadre de proximité/Cadre supérieur/ Cadre administratif :

CADRE RESERVE A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Monsieur le Directeur des Ressources Humaines du CHU de GRENOBLE donne un avis

Favorable

Défavorable (à motiver) : _____

Au souhait de don de _____ jours de repos (RTT ou CA) exprimé par _____

Le ____ / ____ /20 ____ au profit de _____

Date : ____ / ____ /20 ____

Le Directeur des Ressources Humaines,

François VERDUN

7. Demande d'un Bénéfice d'un don de jours de repos d'un agent public à un autre public parent d'un enfant gravement malade



**DEMANDE DE BENEFICE D'UN DON DE JOURS DE REPOS D'UN AGENT PUBLIC
A UN AUTRE AGENT PUBLIC PARENT D'UN ENFANT GRAVEMENT MALADE**

Document à transmettre à la cellule temps de la DRH sous couvert du responsable hiérarchique

AGENT SOUHAITANT BENEFICIER D'UN DON DE JOURS DE REPOS

Nom: _____ Nom de jeune fille: _____ Prénom: _____

Grade: _____ Matricule: _____ Statut: Contractuel ou Titulaire

Service : _____ Pôle: _____ N° poste: _____

Je soussigné(e), M. Mme *

(Nom, prénom) _____ souhaite bénéficier de jours de repos supplémentaires grâce au don effectué par _____ (nom et prénom du donateur s'il est connu) à mon profit, ceci afin que je puisse être plus présent(e) auprès de mon enfant (nom et prénom de l'enfant) _____ gravement malade.

Je joins à la présente demande un certificat médical attestant de l'état de santé de mon enfant.
Je vous en remercie par avance.

Fait à : _____

Le ____ / ____ /20 ____

Signature de l'agent bénéficiaire :

PJ : 1 certificat médical

Visa du Cadre de proximité/Cadre supérieur/ Cadre administratif :

CADRE RESERVE A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Monsieur le Directeur des Ressources Humaines du CHU de GRENOBLE donne un avis

Favorable

Défavorable (à motiver) : _____

A l'attribution de ____ jours de repos (RTT ou CA) supplémentaires donnés par (nom et prénom du donateur si connu)

Date : ____ / ____ /20 ____

Le Directeur des Ressources Humaines,

François VERDUN

9. Demande de congés



DEMANDE DE CONGE

Document à transmettre par la voie hiérarchique

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Grade : _____ Matricule : _____

Service : _____ Pôle : _____ N° poste : _____

Je sollicite :

MOTIF	JOURS		HEURES
	NOMBRE	DATES	
Congé annuel			
Jours RTT/RTC			
Compensation et récupération des jours fériés			
Récupération des heures supplémentaires			
Congé Compte Epargne Temps			
Congé hors saison			
TOTAL			

Fait le ____/____/20____

Signature :

AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Nom et prénom : _____

N° de poste : _____

favorable

défavorable (à motiver) : _____

Fait le ____/____/20____

Signature :

10. Déclaration d'accident de travail ou de trajet (sécurité sociale - contractuels)



N° 14463*02
DAT-PRE

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL D'ACCIDENT DE TRAJET

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)
L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ(E) LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE
ÀVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanches et jours fériés) APRES AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE LE QUATRIEME VOLET

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur _____
 Adresse _____
 Code postal _____ N° de Téléphone _____
 N° SIRET de l'établissement d'attache _____ N° de risque Sécurité Sociale _____
Nom du service de santé au travail
 Adresse _____ Code postal _____

LA VICTIME (se reporter à la notice)

N° d'immatriculation _____ À défaut, sexe F M Date de naissance _____
 Nom et prénom _____
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 Adresse _____ Nationalité Française EEE, Suisse Autre
 Code Postal _____
 Date d'embauche _____ Profession _____
 Qualification professionnelle _____ Ancienneté dans le poste de travail _____
 Contrat de travail : CDI CDD Apprenti/Elève Intérimaire Autre

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT (se reporter à la notice)

Date _____ heure _____ H mn
 Lieu de l'accident _____
(Nom et adresse du lieu de l'accident ou Nom et adresse du chantier)
 Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps _____ Numéro de SIRET du lieu de l'accident _____
 lieu de travail habituel au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
 lieu de travail occasionnel au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas
 lieu du repas au cours d'un déplacement pour l'employeur
(En cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquer le SIRET de l'établissement utilisateur).
 Activité de la victime lors de l'accident _____
 Nature de l'accident _____
 Objet dont le contact a blessé la victime _____
 Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement) _____
 Siège des lésions _____
 Nature des lésions _____
 La victime a été transportée à : _____ L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ? OUI NON
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de _____ H mn à _____ H mn et de _____ H mn à _____ H mn
 Accident constaté le _____ heure _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 connu le _____ heure _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le _____ sous le N° _____
 Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) DÉCÈS
 Un rapport de police a-t-il été établi ? NON OUI par qui ? _____

LE TEMOIN ou LA PREMIERE PERSONNE AVISEE (cocher la case correspondante)

Le témoin **ou la 1ère personne avisée** (en cas d'absence de témoin)
 Nom et prénom _____
 Adresse _____ Code Postal _____

LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON
 Si OUI, nom et adresse du tiers _____
 Société d'assurance du tiers _____
 Nom et prénom du signataire _____ Signature _____
 Qualité _____
 Fait à _____ le _____

(*) : Important, si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202.



N° 50261#03

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'ACCIDENT DE TRAJET

NOTICE D'UTILISATION

Un(e) salarié(e) de votre entreprise vient d'être victime d'un accident du travail ou de trajet. A cette occasion, vous êtes soumis(e) à certaines obligations, notamment celle de déclarer cet accident à l'Assurance Maladie.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions ci-dessous.

Envoyez, à la CAISSE PRIMAIRE DU LIEU DE RESIDENCE HABITUELLE de la victime les 3 premiers volets* de ce formulaire, PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION, AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanche et jours fériés) après avoir eu connaissance de l'accident.

IMPORTANT :

Dans le cas d'un accident avec ARRET DE TRAVAIL, merci d'établir l'ATTESTATION DE SALAIRE référencée S 6202 dans le meilleur délai afin de permettre à la caisse primaire de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

Si la victime est un salarié mis à disposition par une Entreprise de Travail Temporaire, en tant qu'entreprise utilisatrice de ce salarié, remplissez immédiatement le formulaire «INFORMATION PREALABLE A LA DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL » référencé S 6209.

Dans ce cas, c'est l'employeur (l'Entreprise de Travail Temporaire) qui déclarera l'accident à l'Assurance Maladie à l'aide du présent formulaire.

Nous vous informons que vous avez également la possibilité d'établir cette déclaration par le biais de NET-ENTREPRISES. Elle sera alors télétransmise directement à la Caisse.

Dans le cas où l'entreprise a centralisé la gestion des AT, le service de la déclaration d'accident du travail électronique permet de plus à l'entreprise d'indiquer une adresse de correspondance où tous les courriers doivent être envoyés. Si l'entreprise fait ce choix, plus aucun courrier ne sera adressé à l'établissement d'attache et les courriers envoyés à l'adresse de correspondance seront opposables. Pour accéder à ce service, l'entreprise est invitée à se connecter sur le portail Net-Entreprises pour déclarer ses sinistres au moyen de la déclaration électronique IDAT. Par la suite, une modification de cette adresse de correspondance pourra intervenir à tout moment selon des modalités décrites sur le site.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime)

Dans tous les cas, indiquez le SIRET de l'établissement d'attache, ainsi que les coordonnées du Service inter-entreprises de santé au travail (Médecine du travail) dont relève cet établissement d'attache, ou, le cas échéant, celles du service de santé intégré dans l'entreprise.

Dans le cas d'un accident survenu lors d'une mission d'intérim, indiquez le SIRET de l'agence où est inscrite la victime.

Dans tous les cas, indiquez le numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.

LA VICTIME

Indiquez le n° de sécurité sociale de la victime, ses nom et prénom, ses coordonnées personnelles (adresse et code postal, son n° de téléphone), sa date d'embauche et sa profession, sa qualification professionnelle et son ancienneté dans le poste.

- qualification professionnelle - précisez : cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, apprenti, élève de l'enseignement technique, ouvrier non qualifié, ouvrier qualifié...
- ancienneté : précisez si la victime est à son poste depuis : moins d'une semaine, une semaine à moins d'un mois, un mois à moins de trois mois, trois mois à moins d'un an, un an et plus.
- contrat de travail : cochez la case correspondant au type de contrat de travail (durée déterminée ou indéterminée...)

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Précisez la date et l'heure de l'accident.

- lieu de l'accident :
 - ☞ dans les cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquez le SIRET de l'établissement utilisateur de la victime ;
 - ☞ dans le cas où la victime d'un accident est salariée d'un groupement d'entreprise, indiquez le SIRET de l'établissement pour lequel travaillait la victime au moment de l'accident si celui-ci est différent de l'établissement d'attache ;
 - ☞ dans tous les cas, indiquez l'adresse du lieu de l'accident et le code postal.
- activité de la victime, nature de l'accident... :
 - ☞ activité de la victime : précisez l'activité ou la tâche de la victime au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que faisait la victime.
 - ☞ nature de l'accident : décrire l'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression...), ou comment s'est blessée la victime (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse...).
 - ☞ objet dont le contact a blessé la victime, c'est-à-dire avec quoi s'est blessée la victime : matériau, déchet, outil [tournevis, cutter, perceuse...], machine, véhicule, chariot de manutention, substance chimique, élément de construction [porte, mur...], sol...
- réserves motivées :
Indiquez le cas échéant, les réserves motivées qui ne pourront être prises en compte que si elles portent sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail (art. R. 441-11 du Code de la sécurité sociale).
- siège des lésions :
Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant s'il y a lieu droite ou gauche.
- horaire de travail de la victime le jour de l'accident :
Indiquez les heures de travail effectuées par votre salarié(e), **ou les heures prévues**, le jour de l'accident.
- conséquences :
Si la victime a arrêté son travail sur prescription d'un médecin, vous devez OBLIGATOIREMENT établir et envoyer le formulaire « attestation de salaire accident du travail ou maladie professionnelle » - référencé S6202, à la Caisse primaire du lieu de résidence habituelle de la victime.
Par la suite, en cas de nouvel arrêt après une période de soins ou une reprise du travail, sur un mois différent, vous devrez également remplir cette même formalité.
- le témoin ou la 1^{ère} personne avisée :
Indiquez le nom, le prénom et l'adresse du témoin.
En l'absence de témoin, indiquez la 1^{ère} personne de l'entreprise qui a été avisée de l'accident.
- le tiers :
Lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident du travail ou de trajet, cette mention doit impérativement être reportée dans cette partie.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles.

Aux termes des articles L. 114-17-1, L. 471-1 et R.471-3 du Code de la sécurité sociale, sont punis d'une amende les employeurs qui ont négligé de procéder à la déclaration des accidents à la Caisse primaire dans les 48 heures ou de délivrer à la victime la feuille d'accident.

En outre, la Caisse primaire peut demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident et prononcer une pénalité financière.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La Loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

DAT-PRE NOTICE S6200h

11. Déclaration d'accident pour les agents contractuels



DECLARATION D'ACCIDENT POUR LES AGENTS CONTRACTUELS – PÔLE N° _____

DE TRAVAIL

DE TRAJET

Document à transmettre au gestionnaire de pôle avec le certificat médical initial

VICTIME

Nom et prénom : _____ né(e) le ____/____/19__

Adresse complète : _____

Date d'entrée dans l'établissement : ____/____/____ Grade : _____

Pôle et UF dont l'agent dépend : _____

ACCIDENT

Date : ____/____/20__ à ____ H ____

Sans arrêt

Avec arrêt

Horaire de travail le jour de l'accident : de ____ H ____ à ____ H ____

Lieu précis de l'accident : _____

Siège et nature des lésions : _____

Circonstances détaillées de l'accident : _____

TEMOIN(S) (Nom, prénom, grade, adresse)

Signature :

En cas d'accident du trajet

→ Un constat amiable a été établi : oui non

→ Un rapport de police a été établi : oui non

Nom et adresse de l'assureur de l'agent hospitalier : _____

Numéro de Police d'assurance : _____

Si cet accident a été causé par un tiers

Nom et adresse du tiers : _____

Numéro de Police d'assurance : _____

Je soussigné(e) _____, certifie l'exactitude de la présente déclaration.

Fait à La Tronche, le ____/____/20____

OBSERVATIONS DU CHEF DE POLE OU/CADRE DE PROXIMITE/CADRE SUPERIEUR OU ADMINISTRATIF

Nom/prénom du Chef de pôle ou du Cadre : _____

Le ____/____/20____

Signature :

VISA DU DIRECTEUR REFERENT

Nom/prénom du Chef de pôle ou du Cadre : _____

Le ____/____/20____

Signature :

Pièces à joindre obligatoirement :

- Dans tous les cas, un certificat médical initial décrivant les lésions.
- Pour les accidents de trajet, joindre copie du constat amiable ou du rapport de police.

12. Enquête administrative d'accident de service / trajet (agents titulaires et stagiaires)



ENQUÊTE ADMINISTRATIVE D'ACCIDENT DE SERVICE/ TRAJET PÔLE N° ____
(Agents titulaires et stagiaires)

Document à transmettre à la gestionnaire de pôle avec le certificat médical initial

<u>VICTIME</u>	<u>ACCIDENT</u>
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Trajet (Tiers : oui/non)*
Prénom : _____	Date de survenance : ____/____/20____
Date de naissance : le ____/____/19____	Heure de l'accident : ____ H ____
Adresse : _____ _____	Lieu précis : _____
Grade : _____	(En cas d'accident de trajet joindre le plan détaillé du parcours habituel et celui emprunté le jour de l'accident = constat amiable)
Horaires de travail : _____	

(*) Rayez la mention inutile

DEPOSITION DE LA VICTIME

Circonstances détaillées : _____

Parties du corps lésées : _____

Signature de la victime : _____

Date : ____/____/20____

DEPOSITION DU OU DES TMOINS

Nom/Prénom du ou des témoins : _____

Circonstances détaillées : _____

Signature du/des témoin(s) : _____

Date : ____/____/20____

ANALYSE ET OBSERVATIONS SUR LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT PAR :
LE CHEF DE SERVICE OU /CADRE DE PROXIMITE/CADRE SUPERIEUR OU ADMINISTRATIF

Circonstances détaillées : _____

Nom/prénom du Chef de service ou du Cadre : _____

Le ____/____/20____ Signature : _____

LE DIRECTEUR REFERENT

Circonstances détaillées : _____

Nom et prénom du Directeur référent : _____

Le ____/____/20____ Signature : _____

13. Demande d'autorisation d'absence

	DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE
<i>Cet imprimé doit être établi en 2 exemplaires → 1 exemplaire pour la Gestion du Pôle et 1 exemplaire pour l'agent.</i>	

Nom : _____	Nom de jeune fille : _____	Prénom : _____
Grade : _____	Matricule : _____	Statut : Contractuel <input type="checkbox"/> ou Titulaire <input type="checkbox"/>
Service : _____	Pôle : _____	N° poste : _____

Je sollicite une autorisation d'absence pour le motif ci-dessous coché du ____/____/20__ au ____/____/20__
(Nombre d'heures : _____)

Planning de travail correspondant à la période d'absence sollicitée :	
<input type="checkbox"/> Travail de jour Horaire de l'agent : _____	<input type="checkbox"/> Travail de nuit Horaire de l'agent : _____

MOTIFS D'ABSENCES

Joindre les pièces justificatives obligatoirement

Absences pour évènements familiaux :

- Naissance ou adaptation d'un enfant (N11)
- Garder ou soigner son enfant (N4)
- Mariage ou PACS (N12)
- Mariage ou PACS de son enfant (N12)
- Décès/Maladie de parent ou allié au 1^{er} degré (N13)
Préciser le lien de parenté : _____
- Décès/Maladie de parent ou allié au 2^e degré (N13)
Préciser le lien de parenté : _____

Absences pour autres motifs :

- Se rendre à une consultation ou à des séances de soins, rééducation, rayons (liés à AT ou Mal. Prof.) (N0)
 - Pour don d'organe, de moelle osseuse, de plasmaphérese, cytophérese... (N0)
 - Participer à un concours ou examen (NG)
 - Participer à un congrès (N8)
 - Participer à un Jury d'Assises (NQ)
 - Répondre à une convocation pour témoignage (N0)
 - Se présenter à des élections, exercer des fonctions publiques électives, assister à des formations destinées aux élus locaux (N9)
 - Missions ordinales (IDE/Masseur-Kiné/Manip. Radio/Sage-femme) (NP)
 - Représentants et délégués de parents d'élèves (N9)
 - Missions humanitaires < 15 jrs (NP)
 - Motifs divers (N0)
- (Examens médicaux antérieurs ou postérieurs à l'accouchement/Fêtes religieuses/Formations et Disponibilité opérationnelles des Sapeurs-Pompiers Volontaires – EPRUS - Périodes militaire)*

Le ____/____/20__ à _____ Signature :

AVIS DU RESPONSABLE HIERARCHIQUE (CADRE/CADRE SUPERIEUR/CADRE ADMINISTRATIF)	DECISION DU DIRECTEUR REFERENT
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver) : _____ _____ Nom du cadre : _____ Date et signature : _____	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver) : _____ _____ Nom du Directeur Référent : _____ Date et signature : _____

14. Changement de position administrative

	DEMANDE DE CHANGEMENT DE POSITION ADMINISTRATIVE
<i>Document à transmettre à votre GESTION DE POLE par la voie hiérarchique</i>	

Nom: _____ Nom de jeune fille: _____ Prénom: _____
Grade : _____ Matricule : _____ Statut : Contractuel ou Titulaire
Service : _____ Pôle : _____ N° poste : _____

Je sollicite à compter du ____/____/20__ (date à laquelle en cas de départ les CA, RTT et Récupérations seront soldés, sauf départ en congé parental pour lequel le report de CA est automatique) le bénéfice :

D'une disponibilité¹: Motif _____ Durée : _____ (joindre justificatif).
Si exercice d'activités privées envisagées, joindre la déclaration d'exercice d'activités privées dans le cadre d'un départ

D'un congé parental (joindre une copie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance).

D'un détachement : Lieu _____ Durée : _____

D'une mise à disposition auprès de : _____

D'une mutation : Lieu _____ C.E.T. : Oui* Non
(*Si oui, joindre fiche récapitulative de votre CET mise à jour par votre cadre)

Autre : _____

Observations : _____

Fait à : _____ Le ____/____/20__ Signature :

AVIS MOTIVE DU CADRE DE PROXIMITE <i>(Si départ, tenir compte des CA, RTT, Récupérations)</i>	AVIS MOTIVE DU CHEF DE SERVICE/CADRE SUPERIEUR/ADMINISTRATIF
<input type="checkbox"/> Favorable à/c du ____/____/20__ <input type="checkbox"/> Défavorable Le remplacement de cet agent <input type="checkbox"/> est nécessaire <input type="checkbox"/> n'est pas nécessaire Nom et prénom du Cadre de proximité: Date et Signature :	<input type="checkbox"/> Favorable à/c du ____/____/20__ <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver) Nom et prénom du Chef de service ou du Cadre Supérieur Date et Signature :
DECISION DU DIRECTEUR REFERENT	
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver) : Nom et prénom du Directeur Référent : _____ Date et signature : ____/____/20__	

¹ Une copie de la demande doit être adressée directement à la DRH

15. Déclaration d'exercice d'une activité privée

DÉCLARATION D'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ PRIVÉE
DANS LE CADRE D'UN DÉPART TEMPORAIRE OU DÉFINITIF DE LA FONCTION PUBLIQUE
(Loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 modifiée ; décret n° 2007-611 du 26 avril 2007)

En remplissant ce formulaire, merci de bien vouloir expliquer au moins une fois les sigles que vous employez.

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

.....

TÉLÉPHONE PERSONNEL :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE PERSONNELLE :@.....

I.- QUELLE EST VOTRE SITUATION ACTUELLE DANS L'ADMINISTRATION ?

Cochez les cases correspondantes

1. SITUATION ADMINISTRATIVE

Vous êtes agent contractuel

Préciser le cas échéant votre catégorie :

A+ A B C

Vous êtes agent titulaire ou stagiaire

Préciser votre catégorie :

A+ A B C

Votre corps (ou cadre d'emploi) et votre grade :

.....

.....

Vous êtes actuellement

En activité

En congé sans rémunération

En détachement

En disponibilité pour créer ou reprendre une entreprise

En disponibilité pour convenances personnelles / suivre son conjoint

En disponibilité d'office / pour raisons de santé

En exclusion temporaire de fonctions

Mis à disposition

En position hors cadres

À la retraite

Vous avez déjà définitivement cessé vos fonctions

Depuis le

...../...../20.....

Vous souhaitez :

- Être placé en congé sans rémunération
- Démissionner
- Être détaché
- Être placé en disponibilité pour convenances personnelles
- Être placé en disponibilité pour créer ou reprendre une entreprise
- Être placé en disponibilité pour suivre votre conjoint
- Être placé en position hors cadres
- Être admis à faire valoir vos droits à la retraite
- Vous allez cesser définitivement vos fonctions (*ex. : fin de contrat*)

À compter du

...../...../20.....

2. AU COURS DES TROIS ANNÉES PRÉCÉDANT LE DÉBUT DE L'ACTIVITÉ PRIVÉE QUE VOUS ENVISAGEZ D'EXERCER, QUELLES ONT ÉTÉ VOS FONCTIONS PRÉCISES DANS L'ADMINISTRATION ?

Préciser :

- l'administration ou le service auquel vous apparteniez ;
- les fonctions que vous exerciez (en précisant notamment les activités ou secteurs professionnels dont vous aviez le contrôle ou la surveillance, ou pour lesquels vous aviez été amené à émettre un avis, conclure un contrat ou participer à la prise d'une décision)

II. VOUS SOUHAITEZ EXERCER UNE ACTIVITÉ DANS LE SECTEUR PRIVÉ OU DANS LE SECTEUR PUBLIC CONCURRENTIEL

1. INFORMATIONS SUR L'ENTREPRISE OU L'ORGANISME

Nom (ou raison sociale) :

.....

Adresse :

.....

Téléphone :

Adresse électronique :@.....

Secteur ou branche professionnelle de l'entreprise ou de l'activité :

.....

.....

Forme sociale de l'entreprise ou de l'activité :

Exemple : auto-entreprise, SARL, SAS, activité libérale, VDI (vendeur à domicile indépendant), entreprise individuelle, association, etc.

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

ATTENTION : Pour les sociétés et associations, joindre les statuts ou les projets de statuts.

Joindre, si possible, une copie du contrat de travail ou de la promesse d'embauche.

2. QUELLE SERA VOTRE FONCTION OU VOTRE ACTIVITÉ (DESCRIPTION DÉTAILLÉE) ?

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

3. À QUELLE DATE EST-IL PRÉVU QUE VOUS COMMENCIEZ À EXERCER CETTE ACTIVITÉ ?

..... / / 20.....
J M A

III. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (*Nom – Prénom*) :

souhaitant exercer une activité privée pour le compte de l'entreprise ou de l'organisme :

.....

déclare sur l'honneur :

1) ne pas avoir été chargé, dans le cadre des fonctions que j'ai effectivement exercées, de la surveillance ou du contrôle (financier, technique ou administratif) de cette entreprise ou d'une entreprise du même groupe au sens de l'article 1^{er}-I-A du décret n° 2007-611 du 26 avril 2007 ;

2) ne pas avoir été chargé, dans le cadre des fonctions que j'ai effectivement exercées, de conclure des contrats de toute nature avec l'une de ces entreprises ou de formuler un avis sur de tels contrats ;

3) ne pas avoir été chargé de proposer directement à l'autorité compétente des décisions relatives à des opérations réalisées par l'une de ces entreprises ou de formuler un avis sur de telles décisions.

Fait à, le

SIGNATURE

APPRÉCIATION DE LA DEMANDE D'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ PRIVÉE
(Décret N°2007-611 du 26 AVRIL 2007 – article 1^{ER})

I. Application du I-A de l'article 1^{er} du décret du 26 avril 2007

Le demandeur a-t-il été chargé, au cours des trois années précédant le début de son activité privée, en raison de ses fonctions :

- de la surveillance ou du contrôle de l'entreprise ou de l'organisme dans lequel il souhaite travailler

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

- de la conclusion de contrats ou de la formulation d'un avis sur de tels contrats

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

- de proposer directement à l'autorité compétente des décisions relatives à des opérations réalisées par cette entreprise ou cet organisme ou de formuler un avis sur de telles décisions

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

II. Application du I-B de l'article 1^{er} du décret du 26 avril 2007

L'activité envisagée par l'intéressé vous semble-t-elle de nature :

- à porter atteinte à la dignité de ses fonctions précédemment exercées ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> C'EST POSSIBLE

- à compromettre ou mettre en cause le fonctionnement normal du service ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> C'EST POSSIBLE

- à compromettre ou mettre en cause l'indépendance ou la neutralité du service ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> C'EST POSSIBLE

III. Observations particulières (notamment pour justifier l'appréciation "c'est possible")

Fait à....., le

Signature et cachet de l'autorité
dont relève l'agent :

16. Heure mensuelle d'information syndicale



**HEURE MENSUELLE D'INFORMATION SYNDICALE
DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE**

Document à transmettre au moins 3 jours au point de gestion de pôle

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Grade : _____ Matricule : _____ Statut : Contractuel ou Titulaire

Service : _____ Pôle : _____ N° poste : _____

Je sollicite l'autorisation de m'absenter le :

De _____ à _____

Pour me rendre à la réunion d'information syndicale

d'une heure par mois

Ou de deux heures par deux mois

Ou de trois heures par trimestre (limite : 12 heures par an).

Avis du Cadre

Signature de l'agent

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE

CONGÉS SYNDICAUX NON GLOBALISÉS ET AUTRES ABSENCES

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

(à envoyer au moins 3 jours à l'avance à la Direction d'Établissement
par l'intermédiaire de la Surveillante)

NOM : Prénom :

Grade : Service :

J'ai l'honneur de solliciter l'autorisation de m'absenter

le de à

pour me rendre à :

Motif (cocher la case correspondante) :

congé d'éducation ouvrière
(demande à faire 1 mois à l'avance - attestation d'assiduité à
fournir dans les 15 jours du retour)

congrès syndical national, de fédération et de confédération de
syndicats (10 jours par an) (articles 12 et 13 du décret n° 86.660
du 19.3.86) autres que réunions d'Établissement

congrès syndical international, réunion d'organisme directeur
d'organisation syndicale internationale, de syndicat national,
de fédération, de confédération ou d'instance statutaire dépar-
tementale, interdépartementale, ou régionale (10 jours par an)
(articles 12 et 13 du décret n° 86.660 du 19.3.86) autres que
réunions d'Établissement

Mutuelle

CPAM

Amicale

Divers

Date

Signature,

Avis de la Surveillante,

Avis du Directeur d'Établissement,

(Feuillet à transmettre à l'Administration)



N° B 00301

**Centre Hospitalier Régional
et
Universitaire de Grenoble**

Syndicat : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Grade : _____

Service : _____

J'ai l'honneur de solliciter, dans la limite du crédit d'heures accordé à mon syndicat, l'autorisation de m'absenter :

le _____

de _____ à _____

Date : _____

Signature _____

Feuilles à transmettre à l'Administration et revenant au syndicat

Avis de la Surveillante,

Avis du Directeur,

Feuille revenant à l'Agent

Syndicat :

Crédit d'heures Syndicales disponibles _____
Heures demandées _____
Service : _____
Demande d'absence le _____
de _____ à _____
Solde _____
(Partie réservée à l'administration).

Feuille à transmettre à l'Administration

19. Demande de congé de formation professionnelle



DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE
Décret 2008-824 du 21 août 2008

Document à transmettre par la voie hiérarchique à la D.R.H. – Pavillon DAUPHINE – Secteur GESTION des CARRIERES

Nom: _____ Nom de jeune fille: _____ Prénom : _____
 Grade: _____ Matricule: _____ Statut: Contractuel ou Titulaire
 Service: _____ Pôle : _____ N° poste: _____

Je sollicite l'attribution d'un congé de formation professionnelle :

Continu Discontinu (cocher la case correspondante)

A compter du ____/____/20__ au ____/____/20__
 (joindre le programme détaillé lorsqu'il y a plusieurs périodes)

Formation suivie : _____

Organisme : _____

Objectifs recherchés : _____

Cette demande est liée exclusivement à l'octroi d'une indemnité forfaitaire :
 Cette demande sera maintenue, même si l'indemnité forfaitaire ne m'est pas attribuée :

Fait le ____/____/20__ Signature de l'agent :

<p>Avis motivé du Cadre de proximité <i>(Si départ, tenir compte des CA, RTT, Récupérations)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Favorable à/c du ____/____/20__ <input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p>Le remplacement de cet agent <input type="checkbox"/> est nécessaire <input type="checkbox"/> n'est pas nécessaire</p> <p>Nom et prénom du Cadre de proximité : _____</p> <p>Date et Signature : _____</p>	<p>Avis motivé du Chef de service ou/Cadre Supérieur ou /Cadre Administratif</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable à/c du ____/____/20__ <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver)</p> <p>_____</p> <p>Nom et prénom du Chef de service ou du Cadre : _____</p> <p>Date et Signature : _____</p>
<p>Décision du Directeur Référent</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver) : _____</p> <p>Nom et prénom du Directeur Référent : _____</p> <p>Date et signature : ____/____/20__</p>	

Partie à retourner directement à la D.R.H. pour information, au Secteur GESTION DES CARRIERES

NOM : _____ PRENOM : _____ GRADE : _____

sollicite l'octroi d'un congé de formation professionnelle continu discontinu (cocher la case correspondante)

Du ____/____/20__ au ____/____/20__

Fait le ____/____/20__ Signature de l'agent :



DEMANDE DE FORMATION

Document à transmettre par voie hiérarchique à la Direction de la Formation Continue

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____
 Grade : _____ Matricule : _____ Statut : Contractuel ou Titulaire
 Service : _____ Pôle : _____ N° poste : _____

INTITULE DU STAGE : _____

Formation prévue au Plan :
 → N° de dossier : _____ Dates : du ____/____/20____ au ____/____/20____
 Durée : _____

Formation non prévue au Plan :
(Joindre obligatoirement un programme détaillé et une lettre de motivation)
 Nom, adresse et téléphone de l'organisme formateur : _____

 Dates : du ____/____/20____ au ____/____/20____ Durée : _____
 Lieu : _____ Coût de l'enseignement : _____
 Fait le ____/____/20____ Signature de l'agent : _____

AVIS MOTIVE DU CADRE /CADRE SUPERIEUR/ADMINISTRATIF	AVIS MOTIVE DU DIRECTEUR REFERENT
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable → Agent non prioritaire <input type="checkbox"/> → Difficulté de planning <input type="checkbox"/> → Autre formation acceptée <input type="checkbox"/> Nom et prénom du Cadre: _____ Date et signature : _____	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver) _____ Nom et prénom du Directeur référent : _____ _____ Date et signature : _____

.....
A détacher et à envoyer directement par l'agent à la Direction de la Formation Continue

Nom et prénom : _____
 Grade : _____ UF : _____
 N° de poste (obligatoire) : _____
 Intitulé du stage : _____
 Dates : du ____/____/20____ au ____/____/20____ Date de la demande et signature de l'agent,
 Dans le cadre du Plan → N° dossier : _____
 demande hors Plan → joindre une copie du programme

21. Demande d'autorisation d'absence pour Bilan de Compétences ou VAE



DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE POUR BILAN DE COMPETENCES OU VAE

Décret 2008-824 du 21 août 2008

Demande à faire parvenir à votre GESTION DE POLE par la voie hiérarchique

Nom: _____ Nom de jeune fille: _____ Prénom: _____

Grade: _____ Matricule: _____ Statut: Contractuel ou Titulaire

Service : _____ Pôle: _____ N° poste: _____

Je sollicite l'attribution d'une autorisation d'absence pour : Bilan de Compétences VAE

Durée (en heures) : _____ (24h maximum) Nombre de séances : _____

A compter du ____/____/20__ au ____/____/20__ (joindre le calendrier prévisionnel détaillé de la prestation)

Organisme : _____

Fait le ____/____/20__

Signature de l'agent :

Avis motivé du Cadre de proximité <i>(Si départ, tenir compte des CA, RTT, Récupérations)</i>	Avis motivé du Chef de service ou/Cadre Supérieur ou /Cadre Administratif
<input type="checkbox"/> Favorable à/c du ____/____/20__ <input type="checkbox"/> Défavorable Le remplacement de cet agent <input type="checkbox"/> est nécessaire <input type="checkbox"/> n'est pas nécessaire Nom et prénom du Cadre de proximité : _____ Date et Signature : _____	<input type="checkbox"/> Favorable à/c du ____/____/20__ <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver) _____ Nom et prénom du Chef de service ou du Cadre : _____ Date et Signature : _____
Décision du Directeur Référent	
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (à motiver) : _____ Nom et prénom du Directeur Référent : _____ Date et signature : ____/____/20__	

Partie à retourner directement à la D.R.H. pour information, au Secteur GESTION DES CARRIERES

NOM : _____ PRENOM : _____ GRADE : _____

sollicite l'octroi d'une autorisation d'absences pour effectuer un Bilan de Compétences.

Du ____/____/20__ au ____/____/20__

Fait le ____/____/20__

Signature de l'agent :



CHARTRE SUR LES ETUDES PROMOTIONNELLES

Textes de référence :

- Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la Fonction Publique Hospitalière.
- Arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'études promotionnelles par les agents des établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière.

PREAMBULE : CADRE REGLEMENTAIRE ET OBJECTIFS DE LA CHARTE

Cadre réglementaire

Aux termes de l'article 1^{er} du décret n° 2008-824 du 21 août 2008, la formation professionnelle tout au long de la vie des agents titulaires et non titulaires de la Fonction Publique Hospitalière a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement personnel et leur mobilité.

Au nombre des différentes actions de formation professionnelle, le décret comprend les études promotionnelles dont l'objet est de permettre aux agents de suivre des études favorisant la promotion professionnelle débouchant sur certains diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social. La liste de ces diplômes est fixée par arrêté du Ministère de la Santé.

Par ailleurs, l'obligation de financement de la formation est encadrée par voie réglementaire :

- Le décret du 21 août 2008 prévoit que les établissements doivent consacrer au financement des actions de formation au minimum 2,1% du montant des rémunérations inscrites au budget des établissements de santé.
- Au CHU, 1,1% de ce financement est attribué aux études promotionnelles.
- Le décret du 5 avril 2007 fixe à 0,6% du montant des salaires versés à compter de 2009 le taux de contribution au fonds mutualisé pour le financement des études promotionnelles.

Objectifs

Compte tenu de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC), des diplômes du secteur sanitaire et social accessibles aux études promotionnelles, et du montant de ses contributions, le CHU s'inscrit dans une politique active de promotion professionnelle.

Ce document, destiné à rendre lisible pour tous la politique du CHU sur les études promotionnelles, a pour objet de :

- Préciser et hiérarchiser les critères d'attribution des bourses
- Eclaircir la question des reports de financement
- Définir la procédure de demande de bourse.

I – PRINCIPE ET CRITERES GENERAUX D'ATTRIBUTION DES BOURSES D'ETUDES PROMOTIONNELLES

1. Le nombre de bourses et leur répartition par grade sont définis chaque année sous la coordination de la Direction des Ressources Humaines en fonction des besoins institutionnels, de la GPMC, des crédits, dans le cadre d'un document d'orientation pluriannuel de formation, débattu et voté en Commission de Formation Continue puis présenté pour avis au CTE en application des articles 6 et 37 du décret du 21 août 2008.

2. Une priorité est accordée aux « écoles CHU » ; puis aux écoles de proximité dans la mesure où elles existent.

3. Seuls les agents admis sur la liste principale du concours peuvent obtenir une bourse d'étude et ce, dans la limite du nombre de bourses prédéfini :

- La « liste principale » est entendue comme étant la liste consolidée après évolution des désistements et remontée de certains candidats de la liste complémentaire sur la liste principale. Cette liste principale est établie au 30 juin de chaque année pour le CHU de Grenoble afin de permettre l'étude des dossiers en vue de leur financement.

4. Les bourses sont attribuées en suivant l'ordre de classement au concours :

- Pour les agents ex-aequo, il est tenu compte du critère d'ancienneté dans la Fonction Publique Hospitalière.
- Pour l'Ecole des Cadres, en fonction des besoins institutionnels, il peut être priorisé l'appartenance à une filière au regard de la GPMC.

Une exception à ce principe du mérite est accordée : 20% des places pour une scolarité en IFSI sont réservées aux candidats lauréats venant de la filière aide-soignante, quel que soit leur ordre de classement dans la liste principale.

5. Des reports peuvent être accordés pour les motifs suivants :

- Les reports pour congé maternité sont de droit, ainsi que pour maladie grave (cf article 9 de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé).
- Les reports pour nécessité de service doivent rester exceptionnels et n'être envisagés qu'après étude de toutes les autres possibilités.
 - ✓ Conformément à l'article 7 du décret du 21 août 2008, le report pour nécessité de service est décidé après avis de la CAP compétente.
 - ✓ Les financements des bourses ne peuvent être reportés que d'un an et sont systématiquement accordés l'année suivante.

Les reports de scolarité à l'initiative des agents par défaut de financement ne sont pas prioritaires et ne seront étudiés qu'au cas où les réussites aux concours de l'année ne permettent pas d'atteindre le quota de bourses attribuées par grade.

6. Redoublement ou prolongation d'études

En cas de redoublement ou de prolongation d'études, la demande de prolongation de bourse fait l'objet d'une étude du dossier au cas par cas par la Direction des Ressources Humaines et la Coordination Générale des Soins sur la base d'une demande écrite de l'agent, ainsi que sur son évaluation par l'école ou l'institut de formation. La prise en charge financière pourra n'être que partielle en fonction des financements disponibles. La Commission de Formation Continue en est informée lors de la séance traitant du budget des études promotionnelles de l'année suivante et des demandes accordées à ajouter.

7. Le suivi des études promotionnelles se fait dans le cadre de la Commission de Formation Continue et du suivi de la réalisation du plan de formation en association avec le CTE comme le prévoit l'article 37 du décret du 21 août 2008.

II – CAS PARTICULIERS : LA PRESELECTION DES CADRES

Pour pouvoir prétendre à l'attribution d'une bourse d'études promotionnelles pour l'entrée dans une école de cadres de santé, il y a obligation de suivre le cursus de présélection des cadres, interne au CHU de Grenoble pour toutes les filières.

- Les modalités de « présélection des cadres » sont rappelées par note de service (ex annexe 1)
- En cas de réussite d'un agent en candidat libre au concours de l'Ecole des Cadres et qui n'a pas suivi la préparation au concours, la DRH en lien avec la DSSP peut à titre exceptionnel étudier et donner une suite favorable à cette demande, en fonction de la GPMC, des besoins et du nombre de promotions professionnelles de l'année n. La Commission de Formation Continue en est informée.

III – PROCEDURE ET NOTE DE SERVICE

- La procédure de demande de formation doit être rédigée par l'agent.
- Chaque année, une note de service à paraître au mois d'avril, précisera le nombre de reports de droit et le nombre de bourses d'études promotionnelles accordé pour chaque grade. La procédure de demande de bourses y sera jointe.

IV – AFFECTATIONS

- Les affectations après promotion professionnelle se font en fonction des besoins institutionnels.
- Après une année de service, les demandes de mobilité de ces agents seront étudiées de manière prioritaire.
- L'organisation des concours sur titre pour les cadres de santé est organisée dès juillet de chaque année.

La Tronche, le 27 janvier 2015

**Le Directeur des Ressources Humaines
et de la Formation**

François VERDUN

Les organisations syndicales siégeant au CTE

Syndicat CFDT

D. BONIFAY

Syndicat CGT

Syndicat DEFIS

Syndicat FO

Syndicat SUD

Syndicat UNSA

23. Demande d'autorisation de cumul d'activité

C.H.U. DE GRENOBLE
Direction des Ressources Humaines
(Gestion des Carrières)
Mise à jour septembre 2016



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

(A adresser à la Direction des Ressources Humaines – Bureau D223 – ☎ : 04.76.76.94.16
au minimum 45 j avant le début de l'activité souhaitée)

NOM-PRENOM : _____	N° Tél _____
Grade : _____	Statut : <input type="checkbox"/> Contractuel <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Titulaire
Pôle : _____	Service : _____

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE PRINCIPALE EXERCEE AU C.H.U. DE GRENOBLE

Nature des fonctions : _____

Exercez-vous vos fonctions A temps complet
 A temps partiel – Quotité de travail : _____

DEMANDE DE CUMUL AVEC UNE ACTIVITE ACCESSOIRE

Nature de l'activité accessoire : _____

Identité et lieu de l'Organisme pour le compte duquel s'exercera l'activité accessoire : _____

Durée de l'activité* : Année civile → Du 01 / 01 / 20__ au 31 / 12 / 20__
 Année universitaire → 20__ / 20__
 Intervention unique → Le __ / __ / 20__
 Autre durée → Du __ / __ / 20__ au __ / __ / 20__

Dates et horaires de l'activité** : _____

Nombre d'heures total : _____

Conditions de rémunération de l'activité accessoire* : Vacances (1) → tarif horaire
 Autres → précisez : _____

Exercez-vous déjà une ou plusieurs activité(s) accessoire(s) ? Oui Non

Si oui, la ou lesquelles : _____

Auprès de quel(s) organisme(s) : _____

Nombre d'heures total et durée : _____

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

(*) Cochez la case correspondante.

(**) A renseigner obligatoirement. Si toutes les dates ne sont pas connues au moment de la demande de cumul, inscrire « selon sollicitations » et informer ultérieurement la DRH des dates et heures d'intervention.

(1) Pour les vacances, vous devez conserver l'original validé par la DRH et en donner une copie à l'organisme de formation si besoin.

DECLARATION SUR L'HONNEUR(2)

Je soussigné(e) (*Nom Prénom*) _____

Souhaitant cumuler mon activité principale avec une activité accessoire pour le compte de (*nom et coordonnées de l'entreprise ou de l'organisme*) _____

Déclare sur l'honneur ne pas être chargé(e), dans le cadre de mon activité principale, de la surveillance ou de l'administration de cette entreprise ou de cet organisme, au sens de l'article L. 432-12 du code pénal.

Fait à : _____ le : _____

Signature :

AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE SUR LA DEMANDE DE CUMUL(2)

Je m'engage à contrôler que l'activité sera effectuée en dehors des heures de travail de l'agent.

Nom : _____

Signature :

Favorable Défavorable

Le : _____

Partie réservée à la Direction des Ressources Humaines

AUTORISATION

Vous êtes autorisé(e) à cumuler la ou les activité(s) accessoire(s) déclarée(s) ci-dessus avec votre activité principale exercée au C.H.U. de GRENOBLE. L'activité accessoire devra être effectuée en dehors des heures de travail pour lesquelles le C.H.U. vous rémunère à titre principal.

L'autorisation est donnée pour la durée suivante : _____

Fait à la Tronche, le _____

**P/ Le Directeur Général,
Et par délégation
Le Directeur des Ressources Humaines,**

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. L'autorité dont vous relevez peut s'opposer à tout moment à la poursuite d'une activité qui a été autorisée, si :

- L'intérêt du service le justifie,
- Les informations sur le fondement desquelles l'autorisation a été donnée apparaissent erronées,
- L'activité autorisée perd son caractère accessoire.

NB : cette activité doit IMPERATIVEMENT se dérouler EN DEHORS des heures de travail

(2) La demande ne sera pas validée et vous sera retournée si cette zone n'est pas renseignée et signée.

24. Déclaration de création ou de reprise d'une entreprise dans le cadre d'un cumul

DÉCLARATION DE CRÉATION OU DE REPRISE D'UNE ENTREPRISE DANS LE CADRE D'UN CUMUL
(Loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 modifiée ; décret n° 2007-658 du 2 mai 2007)

En remplissant ce formulaire, merci de bien vouloir explicitier au moins une fois les sigles que vous employez.

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

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

TÉLÉPHONE PERSONNEL :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE PERSONNELLE :@.....

I.- QUELLE EST VOTRE SITUATION ACTUELLE DANS L'ADMINISTRATION ?

Cochez les cases correspondantes

1. SITUATION ADMINISTRATIVE

Vous êtes agent **contractuel**

Préciser le cas échéant votre catégorie :

A+ A B C

Vous êtes agent **titulaire** ou **stagiaire**

Préciser votre catégorie :

A+ A B C

Votre corps (ou cadre d'emploi) et votre grade :

.....
.....

Vous exercez actuellement vos fonctions à :

temps complet

temps partiel

temps non-complet

Indiquer votre quotité :%

Indiquer votre quotité :%

2. QUELLES SONT VOS FONCTIONS DANS L'ADMINISTRATION ?

Préciser :

- l'administration ou le service auquel vous appartenez ;
- les fonctions que vous exercez **actuellement** (en précisant notamment les activités ou secteurs professionnels dont vous avez le contrôle ou la surveillance).

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

II. VOUS CRÉEZ OU REPRENEZ UNE ENTREPRISE OU UNE ACTIVITÉ PRIVÉE

1. INFORMATIONS SUR LA STRUCTURE

Nom (ou raison sociale) :

.....
.....

Adresse :

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

Téléphone :

.....

Adresse électronique :

.....@.....

Secteur ou branche professionnelle de la structure :

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

Forme sociale de l'entreprise ou de l'activité :

Exemple : auto-entreprise, SARL, SAS, activité libérale, VDI (vendeur à domicile indépendant), entreprise individuelle, association, etc.

.....
.....

ATTENTION : Pour les sociétés et associations, joindre les statuts ou les projets de statuts.

Le cas échéant, quels sont la nature et le montant des subventions publiques dont cette structure bénéficiera ?

.....
.....

Demandez-vous à travailler à temps partiel dans le cadre de ce cumul ?

NON OUI

Si oui, indiquer la quotité (90%, 80%, 60%, etc.) :%

2. QUELLE SERA VOTRE FONCTION OU VOTRE ACTIVITÉ (DESCRIPTION DÉTAILLÉE) ?

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

3. À QUELLE DATE EST-IL PRÉVU QUE VOUS COMMENCIEZ À EXERCER CETTE ACTIVITÉ ?

...../...../20.....
J M A

III. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

NB : cette déclaration signifie que vous n'avez pas pour mission, en tant qu'agent public, de surveiller ou d'administrer l'entreprise que vous créez ou que vous reprenez (par exemple, vous n'exercez aucun contrôle fiscal sur cette entreprise, vous ne lui délivrez pas d'agrément ou de subvention...).

Je soussigné (*Nom-Prénom*)

déclare sur l'honneur ne pas être chargé, dans le cadre de mon emploi public, de la surveillance ou de l'administration de cette entreprise, au sens de l'article L. 432-12 du code pénal.

Fait à, le

SIGNATURE

APPRECIATION DE LA DEMANDE DE CREATION OU REPRISE D'UNE ENTREPRISE
DANS LE CADRE D'UN CUMUL
(Décret N°2007-658 du 2 mai 2007 – article 13)

I. Le demandeur est-il ou sera-t-il chargé, dans le cadre de son emploi public, de la surveillance ou de l'administration de l'entreprise qu'il crée ou reprend (au sens de l'article L. 432-12 du code pénal) ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

*La réponse à cette question est généralement **non**, car l'intéressé n'a probablement pas pour mission, en tant qu'agent public, de surveiller ou d'administrer l'entreprise qu'il crée ou reprend (par exemple, il n'exerce aucun contrôle fiscal sur cette entreprise, il ne lui délivre aucun agrément ou aucune subvention...).*

II. La création ou la reprise d'entreprise envisagée par le demandeur vous semble-t-elle de nature :

- à porter atteinte à la dignité de ses fonctions précédemment exercées ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> C'EST POSSIBLE

- à compromettre ou mettre en cause le fonctionnement normal du service ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> C'EST POSSIBLE

- à compromettre ou mettre en cause l'indépendance ou la neutralité du service ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> C'EST POSSIBLE

III. Observations particulières (notamment pour justifier l'appréciation "c'est possible")

Fait à....., le

Signature et cachet de l'autorité
dont relève l'agent :

25. Déclaration de cumul d'activités au titre de la poursuite d'une activité au sein d'une entreprise

DÉCLARATION DE CUMUL D'ACTIVITÉS AU TITRE DE LA POURSUITE D'UNE ACTIVITÉ
AU SEIN D'UNE ENTREPRISE
(Loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 modifiée ; décret n° 2007-658 du 2 mai 2007)

En remplissant ce formulaire, merci de bien vouloir expliciter au moins une fois les sigles que vous employez.

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

.....

TÉLÉPHONE PERSONNEL :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE PERSONNELLE :@.....

I.- QUELLE EST VOTRE SITUATION ACTUELLE DANS L'ADMINISTRATION ?

Cochez les cases correspondantes

1. SITUATION ADMINISTRATIVE

Vous venez d'être recruté en tant qu'agent contractuel

Préciser le cas échéant votre catégorie :

A+ A B C

Vous venez d'être recruté en tant que fonctionnaire (stagiaire)

Préciser votre catégorie :

A+ A B C

Votre corps (ou cadre d'emploi) et votre grade :

.....

.....

À quelle date avez-vous été (ou serez-vous) recruté ?

...../...../20.....

J M A

2. QUELLES SONT (OU SERONT) VOS FONCTIONS DANS L'ADMINISTRATION ?

Préciser :

- l'administration ou le service auquel vous appartenez ;
- les fonctions que vous exercez ou exercerez (en précisant notamment les activités ou secteurs professionnels dont vous avez le contrôle ou la surveillance) ;
- si vous effectuez une période de scolarité.

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

II. VOUS POURSUIVEZ UNE ACTIVITÉ PRIVÉE CRÉÉE AVANT VOTRE RECRUTEMENT

1. INFORMATIONS SUR LA STRUCTURE/SOCIÉTÉ

Nom (ou raison sociale) :

.....
.....

Adresse :

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

Téléphone :

.....

Adresse électronique :

@.....

Secteur ou branche professionnelle de la structure/société/entreprise :

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

Forme sociale de l'entreprise ou de l'activité :

Exemple : auto-entreprise, SARL, SAS, activité libérale, VDI (vendeur à domicile indépendant), entreprise individuelle, association, etc.

.....
.....

ATTENTION : Pour les sociétés et associations, joindre les statuts ou les projets de statuts.

Le cas échéant, quels sont la nature et le montant des subventions publiques dont cette structure bénéficie ?

.....
.....

2. QUELLE EST VOTRE FONCTION OU VOTRE ACTIVITÉ PRIVÉE (DESCRIPTION DÉTAILLÉE) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

NB : cette déclaration signifie que vous n'avez ou n'aurez pas pour mission, en tant qu'agent public, de surveiller ou d'administrer l'entreprise que vous continuez de diriger (par exemple, vous n'exercez aucun contrôle fiscal sur cette entreprise, vous ne lui délivrez pas d'agrément ou de subvention...).

Je soussigné (*Nom-Prénom*).....

déclare sur l'honneur ne pas être chargé, dans le cadre de mon emploi public, de la surveillance ou de l'administration de cette entreprise ou de cette activité privée, au sens de l'article L. 432-12 du code pénal.

Fait à, le

SIGNATURE

APPRECIATION DE LA DEMANDE DE POURSUITE D'ACTIVITE AU SEIN D'UNE SOCIÉTÉ OU D'UNE ASSOCIATION
DANS LE CADRE D'UN CUMUL
(Décret N°2007-658 du 2 mai 2007 – article 13)

I. Le demandeur est-il ou sera-t-il chargé, dans le cadre de son emploi public, de la surveillance ou de l'administration de la société ou de l'association au sein de laquelle il souhaite poursuivre une activité (au sens de l'article L. 432-12 du code pénal) ?

OUI NON

*La réponse à cette question est généralement **non**, car l'intéressé n'a probablement pas pour mission, en tant qu'agent public, de surveiller ou d'administrer l'entreprise dont il souhaite poursuivre l'activité (par exemple, il n'exerce aucun contrôle fiscal sur cette entreprise, il ne lui délivre aucun agrément ou aucune subvention...).*

II. La poursuite d'activité dans une entreprise envisagée par l'intéressé vous semble-t-elle de nature :

- à porter atteinte à la dignité de ses fonctions précédemment exercées ?

OUI NON C'EST POSSIBLE

- à compromettre ou mettre en cause le fonctionnement normal du service ?

OUI NON C'EST POSSIBLE

- à compromettre ou mettre en cause l'indépendance ou la neutralité du service ?

OUI NON C'EST POSSIBLE

III. Observations particulières (notamment pour justifier l'appréciation "c'est possible")

Fait à, le

Signature et cachet de l'autorité
dont relève l'agent :