RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

DOCTORANT CONTRACTUEL
DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE DE CUMUL D'ACTIVITES ACCESSOIRES

en application du décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 et du décret n° 2009-464 du 23 avril 2009 modifié.

A LIRE AVANT DE COMPLETER LE DOCUMENT

La demande doit être formulée AVANT le début de l'activité envisagée afin de s'assurer que l'autorisation est accordée.
Conformément au décret n° 2009-464, article 5, la durée totale cumulée des activités accessoires et des activités complémentaires prévues dans le contrat doctoral ne peut excéder un sixième de la durée de travail effectif fixée par le décret du 25 août 2000 susvisé (soit 64 heures équivalent TD pour des enseignements et 32 jours de travail pour des expertises notamment).

« Les doctorants contractuels ne peuvent exercer aucune autre activité d'enseignement ou d'expertise ou autre en dehors de celles prévues au présent article 5 **.** »

L'autorisation est accordée ou refusée par le Président de l'établissement, sur la base des avis proposés.

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITE PRINCIPALE :

Ecole doctorale de rattachement : …….
Equipe de recherche de rattachement : …….
Fonctions principales exercées : Doctorant contractuel

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FONCTION SECONDAIRE ENVISAGEE :

Joindre, le cas échéant, une copie du projet de contrat ou de la lettre de proposition d'engagement.

Préciser, s'il s'agit :

- **D'un emploi public** :

Indiquer le nom de l'organisme public et ses coordonnées (Université, EPST, Collectivité, Ministère…)

Composante et département si enseignement :

- **D'un emploi privé** (indiquer l'identité de l'employeur et ses coordonnées)

- **Nature exacte des fonctions envisagées dans l'emploi secondaire** :

- **Volume horaire des fonctions envisagées dans l'emploi secondaire**

Heures d'enseignement : ❒ CM …… ❒TD ❒ TP ……
(Nb d'heures à préciser)

❒ Volume horaire ou jour en-dehors de l'enseignement : ……..

- **Modalités de la rémunération :**

❒ Traitement : ……..€ ❒ Indemnité : ……€ ❒ Honoraires : ……€

❒ Vacations : ……€ (taux) ❒ Bénévolat (pas de rémunération)

Date d'effet envisagée :

Durée :

III- RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- L'intéressé exerce-t-il d'autres activités ? OUI NON[2]
  Lesquelles :

- Volume horaire hebdomadaire consacré à ces autres activités : ……

Fait à Nice, le

Signature du demandeur [1]

DIRECTEUR DE THESE AVIS FAVORABLE / DEFAVORABLE [2] *En cas de refus, préciser les motifs :* Fait à le Signature	**DIRECTEUR DE L'UNITE OU DE L'EQUIPE DE RECHERCHE THESE :** AVIS FAVORABLE / DEFAVORABLE [2] *En cas de refus, préciser les motifs :* Fait à le Signature
DIRECTION DE l'ECOLE DOCTORALE AVIS FAVORABLE / DEFAVORABLE [2] *En cas de refus, préciser les motifs :* Fait à le Signature	**EMPLOYEUR (si l'employeur n'est pas UCA**) AVIS FAVORABLE / DEFAVORABLE [2] *En cas de refus, préciser les motifs :* Fait à le Signature
DECISION DU PRESIDENT D'UNIVERSITE COTE D'AZUR : AUTORISATION ACCORDEE / AUTORISATION REFUSEE [2] *En cas de refus, préciser les motifs* : Fait à le Signature	

[1] En apposant sa signature, le demandeur certifie l'exactitude des renseignements fournis et atteste qu'il accomplit les obligations statutaires afférentes à son statut.
[2] Rayer la mention inutile.