



Centre de Gestion de Haute-Saône

SAISINE DE LA CAP POUR AVIS SUR UN REFUS DE CUMUL D'ACTIVITÉ

Article 25 de loi n°83-634 et article 30 de la loi n°84-53

CAP compétente de : catégorie A
 catégorie B
 catégorie C

1. Identification de la collectivité ou établissement demandeur :

Nom : _____

Adresse : _____

Nom de l'autorité : _____

Personne en charge du suivi du dossier (nom, coordonnées téléphoniques et adresse mail) : _____

2. Identification de l'agent concerné :

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Grade : _____

Durée hebdomadaire de travail : _____ / 35^{ème}

Fonctions exercées : _____

3. Motivation du refus :

Identité, nature et secteur d'activité de l'organisme pour le compte duquel s'exercerait l'activité accessoire : _____

Nature de l'activité accessoire : _____

Durée, périodicité et horaires de l'activité : _____

Conditions de rémunération de l'activité : _____

L'agent exerce-t-il déjà une ou plusieurs activités accessoires ? Oui Non

Si oui, description précise de ces activités : _____

Avis de la commission de déontologie : Favorable Défavorable

Avis de l'autorité territoriale : Favorable Défavorable

Raisons expliquant le refus envisagé d'autoriser le cumul d'activité : _____

Le _____, à _____

L'autorité territoriale
(prénom, nom, signature et cachet)

Pièces à joindre :

- avis de la commission de déontologie,
- courrier de demande de l'agent.