**ANNULE ET REMPLACE la décision datée du………………………..et accordée pour HéTD**

Employeur principal :

Adresse :

Code postal : Commune :

N° de téléphone de la personne à contacter :

Déclare que  M. /  Mme (Nom et Prénom) :

Est employé.e depuis le : Fonction :

**Statut :**

Fonctionnaire

Si oui préciser le grade :

Agent Contractuel *ou* Professeur de l’enseignement privé

**Quotité de service :**

Temps complet  Temps partiel : Quotité ……………..(Minimum requis de 60%)

**Description de la nature du cumul d’activités demandé :**

**Total des heures prévisionnelles :** …………. **HéTD** (Cf. règles de conversion portées à l’annexe 4)

Exercez-vous d’autres activités secondaires ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles :

**DÉCISION DE L’EMPLOYEUR PRINCIPAL**

Année universitaire 2022 / 2023

Autorisation accordée pour ………. HéTD

Autorisation refusée

Le

Signature manuscrite + Cachet (*ou* Nom et Fonction)

**L’INTÉRESSÉ.E**

M. /  Mme

(Nom et Prénom)

Le

Signature manuscrite