**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