

Ecole Doctorale

Nom

Prénoms

DEMANDE DE MISSION COMPLEMENTAIRE du DOCTORANT CONTRACTUEL (enseignement – diffusion - valorisation – expertise)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024 – 2025

Dossier de candidature **COMPLET** à adresser au Service des Etudes et Ecoles
Doctorales du Pôle l'A.P.R.I.

Par courriel : etudes.doctorales@univ-orleans.fr

- Commission du 12/07/2024 envoi au plus tard pour le 08/07/2024
- Commission du 11/09/2024 envoi au plus tard pour le 04/09/2024
- Commission du 18/12/2024 envoi au plus tard pour le 18/12/2024

1^{ère} demande

Renouvellement

1^{ère} année de thèse

2^{ème} année de thèse

3^{ème} année de thèse

COORDONNEES DU DOCTORANT

- Numéro de portable
- Adresse électronique

CONTRAT DOCTORAL (un seul choix possible)

- Employeur Université d'Orléans CNRS INRAe

Date du contrat doctoral : du au

THESE

- Date de la première inscription
- Nom du directeur de thèse
- Laboratoire d'accueil
- Sujet de la thèse :

ENGAGEMENT

Je soussigné - e :

- **sollicite mon recrutement** en qualité de doctorant(e) contractuel(le) avec mission(s) complémentaire(s) figurant dans l'/les annexes **dûment complété(es) de tous les avis et signatures**, sous réserve d'avis positif de la commission d'engagement et d'accord de Monsieur le Président de l'Université

NOM :

Prénom :

IMPORTANT

Vous pouvez exercer une des activités complémentaires seule ou combinées, à condition que le cumul de ces activités ne dépasse pas 1/6^{ème} de la durée annuelle de travail.

64 heures équivalent TD équivalent à 32 jours d'une autre activité.

Exemple : vous pouvez combiner 32 h équivalent TD d'enseignement avec 16 jours d'expertise ou diffusion ou valorisation.

Indiquez votre choix dans le tableau ci-dessous :

Mission(s)	Nbr d'heures ou de jours	Documents à joindre
Enseignement		Annexe n°1
Diffusion – Valorisation - Expertise		Annexes n°2 et 2bis
Total		

- **accepte la/les mission(s)** qui me sera/seront confiée(s) au cours de l'année 2024/2025.

- **reconnais avoir pris connaissance des engagements** incombant au doctorant(e) contractuel(le) avec mission(s) complémentaire(s).

Date et signature :

AVIS DE LA COMMISSION D'ATTRIBUTION :

.....

Date :

La Présidente du Conseil Académique

Caroline ANDREAZZA

NOM :

Prénom :

ANNEXE 1

MISSION D'ENSEIGNEMENT Service d'enseignements confié au doctorant pour l'année 2024– 2025

Composante d'enseignement	Intitulé de l'enseignement	niveau et année (L / M)	TD / TP	CM	Signature du responsable de Département/Pôle ou équivalent		Visa du directeur de la composante
			Nombre d'heures total pour l'enseignement	Nombre d'heures total pour l'enseignement	Nom	Signature	

TOTAL D'HEURES :

*Pour information : 1 heure TD = 1 heure TP
1 heure CM = 1.5 heure TD*

Aucun dépassement de 64 h équivalent TD ne sera autorisé

Avis *:

Signature du **directeur-trice de thèse**

Avis *:

Signature du **directeur-trice de laboratoire**

Avis *:

Signature du **directeur de l'école doctorale**

* merci d'indiquer votre avis : favorable ou défavorable

NOM :

Prénom :

ANNEXE 2

MISSIONS Diffusion – Valorisation - Expertise

Type de mission Diffusion ou expertise ou valorisation	Etablissement d'accueil	Responsable du doctorant dans l'établissement d'accueil	Courriel du responsable	Nb de jours *	Période du ...au ...	Localisation

TOTAL DE JOURS :

.....
*** maximum 32 jours**

Avis* :
Signature du **Responsable de
l'organisme d'accueil -1**

Avis* :
Signature du **Responsable de
l'organisme d'accueil -2**

Avis* :
Signature du **Responsable de
l'organisme d'accueil -3**

Avis* :
Signature du **directeur-trice
de thèse**

Avis* :
Signature du **directeur-trice
de laboratoire**

Avis* :
Signature du **directeur de
l'école doctorale**

* merci d'indiquer : favorable ou défavorable

Pour information : la mise à disposition de doctorants contractuels donne lieu à l'établissement d'une convention tripartite (remplir l'annexe 2bis) et fera l'objet d'une facturation de la prestation (modalités définies dans la convention)

NOM :

Prénom :

ANNEXE 2 bis

**PRÉ-CONVENTION DE COLLABORATION
MISSION DIFFUSION – VALORISATION – EXPERTISE D’UN DOCTORANT CONTRACTUEL**

(encadré à remplir par l’institution partenaire)

Organisme d’accueil

Nom de l’entreprise, de l’administration ou de la collectivité :

Adresse :

Statut :

N° Siret :

Code NAF :

Nom et prénom du référent :

Fonction :

Mail :

Téléphone :

Mission

Définition de la mission :

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

Durée : (Rappel : * maximum 32 jours au total)

Date de début envisagée :

Localisation de la mission :

(encadré à remplir par le directeur de thèse)

Mission

Intérêt pour la thèse :

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

Avis motivé :

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