|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Dossier complet reçu le *(date)* : |  |  |
|  |  | *(Signature et nom du signataire)* |  |
|  |  |  |
| **CUMUL D’ACTIVITES - DEMANDE D’AUTORISATION PREALABLE****EXERCICE DE TEMPS PARTIEL ET CREATION OU REPRISE****D’UNE ENTREPRISE OU D’UNE ACTIVITE LIBERALE** |
| *Articles L. 123-1 et L.. 123-8 du code général de la fonction publique ; décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020* |
|  | [ ]  | 1ère demande | [ ]  | Changement substantielsur une activité en cours | [ ]  | Renouvellement |  |
| *Autorisation possible durant trois ans maximum à compter de la création/reprise de l’activité (renouvelable un an). Une nouvelle autorisation ne peut être accordée moins de trois ans après la fin d'une période de temps partiel pour la création ou la reprise d'une entreprise.* |
|  | **Renseignements relatifs à l’agent** *(répondre en français)* |  |
|  | Nom d’usage et prénom de l’agent *(ajouter le nom de famille si différent) :* |  |
|  |  |  |
|  | [ ]  | Fonctionnaire | [ ]  | Agent contractuel de droit public recruté à temps complet |  |
|  | Fonctions exercées à l’Inserm : |  |
|  |       |  |
|  | Affectation *(numéro, intitulé et adresse de la structure)* : |  |
|  |       |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Téléphone : |       |  |
|  | Adresse électronique : |       |  |
|  | Décrivez vos fonctions publiques exercées au cours des 3 années précédentes*(préciser l’administration ou le service et les activités) :* |  |
|  |       |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | **Renseignements relatifs à l’activité privée envisagée** *(répondre en français)* |  |
|  | Quelle activité souhaitez-vous réaliser ? *(choisir l’une des quatre options indiquées ci-dessous)* |  |
|  | [ ]  | **Créer une entreprise** |  |
|  | [ ]  | **Créer une activité libérale** |  |
|  | [ ]  | **Reprendre l’entreprise suivante** *(préciser son nom ou raison sociale)* : |  |
|  |       |  |
|  | [ ]  | **Reprendre une activité libérale** |  |
|  | Nature de l’activité de l’entreprise ou de l’activité libérale : |  |
|  |       |  |
|  |  |
|  | Forme sociale (*auto-entreprise, SARL, SAS, activité libérale, etc.)* : |  |
|  |       |  |
|  | Quelles seront vos fonctions ? |  |
|  |       |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Dans le cadre de votre activité privée au sein de votre entreprise ou activité libérale : |  |
|  | * réaliserez-vous votre activité privée avec les moyens ou sur les lieux de l’Inserm (ou de la structure dans laquelle vous travaillez pour l’Inserm)?
 |  |
|  | * serez-vous en relation professionnelle avec l’Inserm (ou avec la structure dans laquelle vous travaillez pour l’Inserm) ou avec des personnes physiques ou morales dont vous avez eu/avez/aurez à connaître dans le cadre de vos fonctions à l’Inserm ?
 |  |
|  | *N.B. : par principe, vous ne devez pas être dans l’une de ces situations. A défaut, l’Inserm saisit pour avis le collège de déontologie en raison du doute sérieux de compatibilité déontologique. Si le collège ne peut lever le doute, l’administration saisit pour avis la Haute autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP).* |  |
|  | [ ]  | Non | [ ]  | Oui *(préciser pourquoi et comment ci-dessous)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **Demande d’autorisation de travailler à temps partiel à l’Inserm** *(répondre en français)**Pour créer ou reprendre une entreprise ou une activité libérale, vous devez obligatoirement demander à être placé à temps partiel à l’Inserm.* *ATTENTION : les agents contractuels doivent justifier d’un an d’ancienneté dans la fonction publique d’État.**)* |  |
|  | Quotité de temps de travail demandée : |  |
|  | [ ]  | 90 %  | [ ]  | 80 %  | [ ]  | 70 %  |  |
|  | [ ]  | 60 %  | [ ]  | 50 %  |  |  |  |
|  | Organisation des obligations de service souhaitée : |  |
|  | [ ]  | quotidienne | [ ]  | hebdomadaire | [ ]  | combinée *(quotidienne et hebdomadaire)* |  |
|  | [ ]  | mensuelle | [ ]  | annuelle |  |  |
|  | Répartition des obligations de service envisagée :*(possibilité de joindre un calendrier ; à défaut, préciser)** *Pour une organisation quotidienne, hebdomadaire ou combinée, indiquer les jours travaillés et la durée de travail par jour.*
* *Pour une organisation mensuelle ou annuelle, indiquer les périodes travaillées (dates de début et de fin) et la répartition des horaires de travail à l’intérieur des périodes travaillées.*
* *Pour une organisation annuelle, préciser également les dates exactes de congés, sauf un petit nombre de jours de congés dits « mobiles » pouvant être posés en cours d’année.*
 |  |
|  |       |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Surcotisation pour la retraite *(pour les fonctionnaires uniquement)* :*Avec la surcotisation, les périodes de travail à temps partiel sont considérées comme des périodes de travail à temps plein pour le calcul du montant de la pension.**Si vous souhaitez répondre positivement à la question ci-dessous, nous vous invitons à demander préalablement le montant de la surcotisation et l’impact ce celle-ci sur votre retraite, en contactant le secteur des pensions du DRH à l’adresse suivante : pensions@inserm.fr* |  |
|  | Souhaitez-vous surcotiser en vue de votre retraite pendant la période de temps partiel ? |  |
|  | [ ]  | Non | [ ]  | Oui *(joindre le formulaire « Demande de surcotisation pour la retraite pendant un temps partiel »)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dates de début et de fin souhaitées de l’exercice de l’activité privée et du temps partiel à l’Inserm :*(autorisation possible durant trois ans maximum à compter de la création ou de la reprise de l’activité. Renouvelable un an)* |  |
|  |  |  |
|  | *ATTENTION : prévoir un délai d’au moins deux mois entre la date de votre demande et la date d’exercice souhaitée (pour respecter le délai réglementaire maximal d’instruction de la demande par l’administration et, le cas échéant, par la Haute autorité pour la transparence de la vie publique). Le délai d’instruction peut être écourté lors de l’examen du dossier.* |  |
|  |  |  |
|  | Je soussigné(e) *(prénom et nom)* |  |  |
|  | 1. déclare sur l’honneur que, dans le cadre de mes fonctions à l’Inserm, je ne serai pas chargé(e) et je n’ai pas a été chargé(e) au cours des trois années précédant ma demande, de la surveillance, de l’administration, de la liquidation ou du paiement de l’entreprise/l’activité libérale pour laquelle je souhaite exercer un cumul d’activités[[1]](#footnote-1) ;
 |  |
|  | 1. déclare avoir pris connaissance des règles relatives au cumul d’activités et certifie l’authenticité des renseignements portés sur le présent formulaire ;
 |  |
|  | 1. déclare sur l’honneur qu’en cas de changement substantiel des conditions d'exercice de l'activité, je présenterais une nouvelle demdande dans les mêmes conditions.
 |  |
|  | Fait à : |       | Le : |       |  |
|  | *(Nom et signature de l’agent)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Encadré réservé au responsable de structure** |  |
|  | * **Sur la demande d’autorisation d’exercice à temps partiel**
 |  |
|  | [ ]  | Avis favorable | [ ]  | Avis défavorable du fait des nécessités de la continuité et du fonctionnement du service*(un refus doit obligatoirement être motivé et précédé d'un entretien entre l’agent et son responsable hiérarchique)* |  |
|  | En cas de refus, date de l’entretien :  |       |  |
|  | Motif(s) du refus *(justification précise liée à la situation de l’agent ; elle ne peut reposer sur la seule invocation des nécessités de la continuité et du fonctionnement du service) :* |  |
|  |       |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | * **Sur la demande d’autorisation de créer/reprendre une entreprise/activité libérale**

*Le responsable de la structure est un interlocuteur de terrain privilégié pour situer le contexte de la demande et mesurer les risques qui s’y attachent.* |  |
|  | **Contrôle de compatibilité pénale** :*L’exercice de l’activité privée ne doit pas mettre l’agent en situation de prise illégale d’intérêts[[2]](#footnote-2). Aussi, si l’une des cases ci-dessous n’est pas cochée, l’Inserm ne peut pas autoriser l’activité envisagée (en cas de doute, ne pas cocher la case et préciser pourquoi. L’administration saisira alors le collège de déontologie, pour avis).* |  |
|  | Dans le cadre de son emploi à l’Inserm, l’agent(e) n’a été pas chargé(e) au cours des 3 années précédentes de : |  |
|  | [ ]  | la surveillance de l’entreprise/activité libérale qu’il/elle souhaite créer ou reprendre ; |  |
|  | [ ]  | l’administration de l’entreprise/activité libérale qu’il/elle souhaite créer ou reprendre ; |  |
|  | [ ]  | la liquidation ou du paiement de l’entreprise/activité libérale qu’il/elle souhaite créer ou reprendre. |  |
|  | Si vous n’avez pas coché une ou plusieurs cases, précisez pourquoi : |  |
|  |       |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | **Contrôle de compatibilité déontologique** :*L’activité privée ne doit pas mettre l’agent en situation* de compromettre ou mettre en cause le fonctionnement normal, l’indépendance ou la neutralité du service ou de méconnaître ses obligations déontologiques *(en cas de doute, préciser pourquoi. L’administration saisira alors le collège de déontologie, pour avis).* |  |
|  | Au regard des fonctions exercées par l’agent(e) au cours des trois années précédant la création/reprise de l’activité privée envisagée, celle-ci vous semble-t-elle de nature à porter atteinte :* au fonctionnement normal du service (exemples : si le son volume horaire risque de réduire l’attention portée par l’agent(e) à son activité à l’Inserm ; si l’agent(e) souhaite exercer une activité très proche de ses fonctions, parfois dans le même ressort géographique) ?
* à l'indépendance ou la neutralité du service (en cas d’interférences avec l’activité du service ou de confusion d’intérêts avec l’activité à l’Inserm, de nature à influer sur la manière dont l’agent(e) exerce ses missions) ?
* à son obligation de dignité (exemples : par un comportement (propos, agissements…) portant atteinte à la réputation de l’administration et de ses agents ; par l’exercice d’une activité portant atteinte à la réputation des fonctions publiques exercées, notamment s’agissant de pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique) ?
* à son obligation d’impartialité (par un parti pris dans l’exercice des fonctions ou une manière d’agir conduisant les tiers à douter de cette impartialité) ?
* à son obligation d’intégrité et de probité (honnêteté, loyauté et désintéressement, notamment lorsque l’agent(e) utilise ses activités et/ou les moyens publics dans un intérêt personnel (pécuniaire ou non) ?
* à son obligation de neutralité et au respect des principes de laïcité et d’égalité ?
 |  |
|  | [ ]  | *(Cocher l’une des 4 cases ci-dessous)*Non, l’activité privée envisagée ne risque pas de porter atteinte à l’une des notions mentionnées ci-dessus. |  |
|  | [ ]  | Non, l’activité privée envisagée ne risque pas de porter atteinte à l’une des notions mentionnées ci-dessus, sous réserve des observations que je précise ci-après**[[3]](#footnote-3)**. |  |
|  | [ ]  | J’ai un doute, pour la/les raison(s) que je précise ci-après. |  |
|  | [ ]  | Oui, l’activité privée envisagée est susceptible de porter atteinte à une ou plusieurs des notions mentionnées ci-dessus, pour la/les raison(s) que je précise ci-après. |  |
|  |       |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  | Est-il prévu que dans le cadre de son activité privée au sein de son entreprise ou son activité libérale : |  |
|  | * l’agent(e) réalise son activité privée avec les moyens ou sur les lieux de l’Inserm (ou de la structure dans laquelle il/elle travaille pour l’Inserm) ?
 |  |
|  | * l’agent(e) soit en relation professionnelle avec l’Inserm (ou avec la structure dans laquelle il/elle travaille pour l’Inserm) ou avec des personnes physiques ou morales dont il/elle a eu/a/aura à connaître dans le cadre de ses fonctions à l’Inserm ?
 |  |
|  | *N.B. : par principe, l’agent(e) ne doit pas être dans l’une de ces situations. A défaut, l’Inserm saisit pour avis le collège de déontologie en raison du doute sérieux de compatibilité déontologique. Si le collège ne peut lever le doute, l’administration saisit pour avis la Haute autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP).* |  |
|  | [ ]  | Non | [ ]  | Oui *(préciser pourquoi et comment ci-dessous)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Fait à : |       | Le : |       |  |
|  | *(Nom, qualité et signature)* |  |
|  | *L’avis du responsable de structure ne vaut pas décision de l’Inserm* |  |

1. Article 432-12 du code pénal : le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ou par une personne investie d'un mandat électif public, de prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt quelconque dans une entreprise ou dans une opération dont elle a, au moment de l'acte, en tout ou partie, la charge d'assurer la surveillance, l'administration, la liquidation ou le paiement, est puni de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 500 000 € […]. [↑](#footnote-ref-1)
2. Au sens de l’article 432-12 du code pénal [↑](#footnote-ref-2)
3. Préconisation : si des réserves sont identifiées, il est recommandé d’échanger avec l’agent pendant la phase d’instruction de sa demande afin de permettre, dans toute la mesure du possible, la délivrance d’un avis dépourvu de restrictions. [↑](#footnote-ref-3)