|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Délégation régionale de rattachement  ou Administration du siège : | Dossier complet reçu le *(date)* :  *Signature et nom du signataire* | | |
| **POURSUITE D’UNE ACTIVITE DE DIRIGEANT  AU SEIN D’UNE SOCIETE OU D’UNE ASSOCIATION A BUT LUCRATIF DANS LE CADRE D’UN CUMUL D’ACTIVITES** |
| *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée (article 25 septies) et décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017.* |
| *Vous devez transmettre le présent formulaire dûment complété au pôle ressources humaines de votre délégation régionale de rattachement ou de l’Administration du siège [[[1]](#footnote-1)] (même en cas d’avis défavorable de votre responsable de structure), le* ***plus tôt possible avant votre recrutement*** *(au moment de votre nomination si vous êtes recruté.e en qualité de fonctionnaire ; avant la signature de votre engagement si vous êtes recruté.e en qualité d’agent contractuel de droit public ou de vacataire) ou, en cas de renouvellement de déclaration,* ***avant le terme de la première année.***  ***Joindre*** *les statuts de l’organisme. Le formulaire doit porter l’avis et le visa de votre responsable de structure.*  ***Tout dossier incomplet vous sera retourné.*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | Déclaration | | | |  | Renouvellement de déclaration | | | | |
| **Nom d’usage et prénom :** | | | | | | | |  | | | | | |
| Nom de famille : *(si différent du nom d’usage)* | | | | | | | |  | | | | | |
| Adresse : | | | | | |  | | | | | | | |
| Téléphone : | | | | | |  | | | | | | | |
| Adresse électronique : | | | | | | | |  | | | | | |
| Futur statut à l’Inserm ou, en cas de renouvellement de déclaration, statut actuel à l’Inserm : | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Fonctionnaire | | | | |  | Contractuel de droit public |  | Vacataire |
| Affectation *(numéro, intitulé et nom du directeur et adresse de la structure)* : | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
| Fonctions prévues/exercées à l’Inserm : | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
| **Description de la poursuite de l’activité en qualité de dirigeant** | | | | | | | | | | | | | |
| Nom ou raison sociale de l’organisme *(entreprise ou de l’association) :* | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| Adresse de l’organisme : | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone : | | | | | |  | | | | | | | |
| Adresse électronique : | | | | | | |  | | | | | | |
| Forme sociale de l’organisme *(SA, SARL, SAS, association, etc.)* : | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| Objet social de l’organisme : | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| Secteur et/ou branche d’activités : | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| Votre statut au sein de l’organisme : | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| Nombre d’heures hebdomadaires ou mensuelles consacrées à cette activité à partir de votre recrutement à l’Inserm *(important : le cumul ne doit pas être exercé pendant vos heures de service)* : | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| Rémunération de l’activité exercée *(montants bruts en euros, selon le cas, par heure, jour, semaine, mois ou année) :* | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Votre structure d’affectation à l’Inserm a-t-elle des liens avec l’organisme considéré ? | | | | |
| Oui | |  | Non |  |
| Dans l’affirmative, veuillez préciser ces liens : | | | | |
|  |  | | | |
| Information.s complémentaire.s que vous souhaitez porter à la connaissance de l’Inserm : | | | | |
|  |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Je soussigné.e *(prénom et nom)* | |  | | |
| 1. déclare sur l’honneur ne pas être chargé.e, dans le cadre de mes fonctions à l’Inserm, de la surveillance ou de l’administration de l’organisme pour lequel je souhaite exercer mon activité privée, au sens de l’article 432-12 [[[2]](#footnote-2)] du code pénal ; 2. déclare avoir pris connaissance des règles relatives au cumul d’activités et certifie l’authenticité des renseignements portés sur le présent formulaire. | | | | |
| Fait à : |  | | Le : |  |
| *Signature de l’agent* | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Avis circonstancié du responsable de structure** | | | | | | | | |
| *Le responsable de la structure est un interlocuteur de terrain privilégié pour situer le contexte de la demande et mesurer les risques attachés :*   * *aux obligations déontologiques des agents : obligations de dignité (l’activité ne doit pas notamment être dommageable à l’image et à la réputation de l’administration), d’impartialité, d’intégrité, de probité, de neutralité, respect des principes d’égalité et de laïcité, devoir de réserve et obligation de discrétion professionnelle (articles 25 et 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée) ;* * *à la prise illégale d’intérêts au sens des dispositions de l'article 432-12 du code pénal ;* * *au fonctionnement du service : à son fonctionnement normal (l’activité ne doit pas avoir pour effet, notamment de par son volume horaire, de réduire l’attention portée par l’agent à son activité principale), à son indépendance et sa neutralité (l’activité ne doit pas créer d’interférences ou de confusion d’intérêts avec l’activité principale, de nature à influer sur la manière dont l’agent exerce ses missions) (décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017).* | | | | | | | | |
| **Le cumul envisagé par l’agent est-il compatible avec ses fonctions exercées à l’Inserm ?** | | | | | | | | |
|  | | **Oui** | |  | **Non** | | | |
| Réserve.s et/ou recommandation.s éventuelle.s [[[3]](#footnote-3)] ou motif.s en cas de réponse négative *(****obligatoire****)* : | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |
| Fait à : | | |  | | | Le : |  | |
| *Nom, qualité et signature du responsable de la structure de l’agent* | | | | | | | | |
| ***L’avis du responsable de structure de vaut pas décision de l’Inserm*** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Avis du représentant du Président-directeur général de l’Inserm** | | | | | | | | |
| **Le cumul envisagé par l’agent est-il compatible avec ses fonctions exercées à l’Inserm ?** | | | | | | | | |
|  | | **Oui** | |  | **Non** | | | |
| Réserve.s et/ou recommandation.s éventuelle.s [[[4]](#footnote-4)] ou motif.s de réponse négative *(****obligatoire****)* : | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |
| Fait à : | | |  | | | Le : |  | |
| *Nom, qualité et signature du représentant de l’Inserm* | | | | | | | | |
| *Lorsque l’Inserm* ***s’oppose à l’exercice de l’activité déclarée ou émet des réserves et/ou observations****,* ***sa décision doit être formalisée par un courrier*** *adressé à l’agent par lettre recommandée avec AR ou remis en main propre contre signature. A défaut, l’absence de réponse à l’agent vaut avis de compatibilité de l’activité déclarée avec ses fonctions exercées à l’Inserm, pour une durée d’un an, renouvelable une fois.* | | | | | | | | |

1. [] La liste des délégations régionales est disponible sur le site <https://www.inserm.fr>. [↑](#footnote-ref-1)
2. [] 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-2)
3. [] Atitre d’exemple et s’agissant d’éléments de nature à interférer avec la fonction principale de l’agent et/ou les intérêts de l’Inserm, peuvent constituer des réserves :

   - le ressort géographique d’exercice de l’activité ;

   - les relations contractuelles que l’entreprise pourrait être amenée à avoir avec l’Inserm ;

   - l’utilisation des moyens du service ;

   - l’utilisation des informations auxquelles l’agent a accès dans le cadre de son activité principale ;

   - l’utilisation par l’agent de sa qualité d’agent public pour promouvoir son entreprise, etc.

   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’une décision dépourvue de restrictions. [↑](#footnote-ref-3)
4. [] Atitre d’exemple et s’agissant d’éléments de nature à interférer avec la fonction principale de l’agent et/ou les intérêts de l’Inserm, peuvent constituer des réserves :

   - le ressort géographique d’exercice de l’activité ;

   - les relations contractuelles que l’entreprise pourrait être amenée à avoir avec l’Inserm ;

   - l’utilisation des moyens du service ;

   - l’utilisation des informations auxquelles l’agent a accès dans le cadre de son activité principale ;

   - l’utilisation par l’agent de sa qualité d’agent public pour promouvoir son entreprise, etc. [↑](#footnote-ref-4)