|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Délégation régionale de rattachement  ou Administration du siège : | | | | | | | | | | | Dossier complet reçu le *(date)* :  *Signature et nom du signataire* | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **CUMUL D’ACTIVITES** Agents recrutés à temps complet ou à temps incomplet pour une quotité de travail supérieure à 70 % | | | | | | | | | | | | | | |
| *Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 (article 25 septies) ; article L. 411-3-1 du code de la recherche ;  décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 ; décret n° 2021-1424 du 29 octobre 2021* | | | | | | | | | | | | | | |
| *Vous devez transmettre* ***un formulaire par activité*** *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),* ***un mois au moins\**** *avant le début de l’exercice de l’activité, avant le changement des conditions d’exercice ou de rémunération du cumul déjà autorisé ou avant le terme de l’autorisation en cas de renouvellement. Ce délai est porté à* ***deux mois*** *pour les premières demandes relatives à des activités de consultance auprès d’organismes privés et celles d’intérêt général auprès d’une personne privée à but non lucratif (fondations, associations et centres de lutte contre le cancer). Le formulaire doit porter l’avis et le visa de votre responsable de structure.* ***Tout dossier incomplet vous sera retourné****.* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Demande d’autorisation/déclaration\* | | | | | | |  | Renouvellement d’une demande d’autorisation/déclaration\* | | |
|  | | | Changement substantiel d’une activité réalisée dans le cadre d’un cumul | | | | | | | | | | |
| *\* Pour les personnels de la recherche dont le projet d’activité relève des activités accessoires listées à* [*l’article 11 du décret n° 2021-1424 du  29 octobre 2021*](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000041511094) *et répond à l’une des missions mentionnées à l'*[*article L. 411-1 du code de la recherche*](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042813489/) *exercées auprès de l’un des organismes publics et fondations du monde de la recherche publique ciblés à l’*[*article L411-3-1 du même code*](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042803498)*, le présent formulaire vaut déclaration de projet d’activité et non demande d’autorisation et peut-être remis 15 jours au moins avant le début de l’activité envisagée.* | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom d’usage et prénom :** | | | | | | | |  | | | | | | |
| Nom de famille : *(si différent du nom d’usage)* | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | Fonctionnaire | | | | | |  | Contractuel de droit public | | |  | Vacataire |
| Quotité de travail : | | | | | | % d’un temps plein | | | | | | | | |
| Affectation *(numéro, intitulé et nom du directeur et adresse de la structure)* : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone : | | | | |  | | | | | | | | | |
| Adresse électronique : | | | | | | |  | | | | | | | |
| Fonctions exercées à l’Inserm : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description de l’activité envisagée dans le cadre du cumul d’activités** | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de début et date de fin de l’activité envisagée *(important : à l’Inserm,* ***l’autorisation de cumul ne peut être délivrée que pour une durée maximale d’un an, renouvelable sur demande****. En conséquence, la durée des contrats de consultance ne peut excéder une année. Par ailleurs, si le contrat prévoit la possibilité d’un renouvellement, il doit préciser qu’une autorisation préalable de l’Inserm est nécessaire.)* : | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Statut sous lequel s’exercera l’activité envisagée *(salarié, travailleur indépendant sous le régime de la micro-entreprise, etc.)* : | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Si l’activité envisagée doit être réalisée auprès d’un organisme : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Nom ou raison sociale de l’organisme*:* | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | Adresse de l’organisme : | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | Forme sociale de l’organisme *(SA, SARL, SAS, association, fondation, établissement public, etc.)* : | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | Objet social de l’organisme : | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | Secteur et/ou branche d’activités : | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nature de l’activité envisagée *(domaine.s d’intervention et mission.s précise.s que vous aurez à effectuer)* : | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| * Pour une activité auprès d’un organisme du **secteur privé**, remplir la déclaration sur l’honneur suivante : | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Déclaration sur l’honneur** | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Je soussigné.e *(prénom et nom)* | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | 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. | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Fait à : | | |  | | | | | | Le : | |  |  |
|  | | *Signature de l’agent* | | | | | | | | | | | |  |
| * Pour une activité d’**expertises ou de consultations**, joindre le projet de contrat de consultance  *(sa signature définitive étant subordonnée à l’obtention préalable de l’autorisation de cumul d'activités délivrée par l'Inserm)*. | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre d’heures hebdomadaires ou mensuelles et, pour les activités récurrentes, répartition prévue dans la semaine, notamment au regard du temps de travail à l’Inserm *(important : le cumul ne doit pas être exercé pendant vos heures de service. Ce principe connaît des aménagements)* : | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Le cas échéant, conditions particulières de réalisation de l’activité envisagée *(déplacements, variations saisonnières, etc.)* : | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Rémunération de l’activité envisagée *(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 | | | | | | |
| Avez-vous des liens avec l’organisme considéré ? | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | Oui | | |  | | Non | | | | | | |
| Dans l’affirmative, à l’une des deux questions précédentes, veuillez préciser ces liens : | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Exercez-vous déjà une ou plusieurs activités dans le cadre d’un cumul d’activités ? | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | Oui | | |  | | Non | | | | | | |
| Dans l’affirmative, veuillez préciser laquelle/lesquelles et ses/leurs modalités d’accomplissement : | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Information.s complémentaire.s que vous souhaitez porter à la connaissance de l’Inserm et/ou d’Inserm Transfert : | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Je soussigné.e *(prénom et nom)* | | | | | | |  | | | | | | | |
| 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 envisagée 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) ;* * *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 envisagée 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 envisagée 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° 2020-69 du 30 janvier 2020).* | | | | | | | | |
|  | | **Avis favorable** | |  | L’activité pourra s’exercer sur le temps de travail *(rappel* : *cette possibilité n’est ouverte que pour certaines activités et dans des conditions particulières).* | | | |
|  | | **Avis défavorable** | | | | | | |
| Réserve.s et/ou recommandation.s éventuelle.s [[[3]](#footnote-3)] ou motif.s en cas d’avis défavorable *(****obligatoire****)* : | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |
| Fait à : | | |  | | | Le : |  | |
| *Nom, qualité et signature du responsable de la structure de l’agent* | | | | | | | | |
| ***L’avis du responsable de structure ne vaut pas décision de l’Inserm*** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Avis du représentant du Président-directeur général de l’Inserm** | | | | | | | | |
|  | | **Avis favorable** | |  | L’activité pourra s’exercer sur le temps de travail, dans la limite de ce qui est autorisé à l’Inserm *(rappel* : *cette possibilité n’est ouverte que pour certaines activités et dans des conditions particulières).* | | | |
|  | | **Avis défavorable** | | | | | | |
| Réserve.s et/ou recommandation.s éventuelle.s [[[4]](#footnote-4)] ou motif.s en cas d’avis défavorable *(****obligatoire****)* : | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |
| Fait à : | | |  | | | Le : |  | |
| *Nom, qualité et signature du représentant de l’Inserm* | | | | | | | | |
| *Un avis favorable du représentant du Président-directeur général de l’Inserm vaut décision d’autorisation (le présent document doit alors être remis à l’agent).*  *Lorsque l’Inserm émet un* ***avis défavorable ou 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.*  *L'absence de réponse expresse écrite à l’agent dans un délai d'un mois (2 mois en cas de demande d’informations complémentaires auprès de l’agent), vaut refus d’autoriser le cumul d’activités demandé (sauf pour les personnels de la recherche dont le projet d’activité relève des activités accessoires listées à* [*l’article 11 du décret n° 2021-1424 du  29 octobre 2021*](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000041511094) *et répond à l’une des missions mentionnées à l'*[*article L. 411-1 du code de la recherche*](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042813489/) *exercées auprès de l’un des organismes publics et fondations du monde de la recherche publique ciblés à l’*[*article L411-3-1 du même code*](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042803498)*, pour lesquels le présent formulaire vaut déclaration de projet d’activité et non demande d’autorisation)* | | | | | | | | |

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)