

Démarche : 2 - VERSION 2024 - Cumul d'activité - Formulaire de saisine du collège des déontologues du SDIS de la Charente-Maritime

Organisme : Service Départemental d'Incendie et de Secours de la Charente-Maritime - Collège des déontologues

Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

Formulaire

Demande de cumul d'activité

Cette demande de cumul NE CONCERNE PAS les activités de formation exercées au sein de l'ENSOSP, de l'ECASC, d'une université ou d'un autre organisme de l'Etat. Pour ces dernières, adresser la demande directement au secrétariat du pôle Relations Humaines et compétences à l'adresse suivante : secretariat-pole-rhc@sdis17.fr

Demande de cumul d'activité accessoire

Dispositions prévues par le décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique (Cf. PJ)

Informations personnelles

NOM

Prénom

Grade ou filière

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Filière sapeur-pompier professionnel

☐ - Contrôleur général

☐ - Colonel

☐ - Lieutenant colonel

☐ - Commandant

☐ - Capitaine

2 - VERSION 2024 - Cumul d'activité - Formulaire de saisine du collège des déontologues du SDIS

- ☐ - Lieutenant
- ☐ - Adjudant
- ☐ - Sergent
- ☐ - Caporal
- ☐ - Sapeur
- ☐ Filière Personnel administratif technique et spécialisé

Cadre d'emploi

Veuillez préciser votre cadre d'emploi

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Catégorie A
- ☐ Catégorie B
- ☐ Catégorie C

Affectation / Service

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ En unité opérationnelle (centre de secours)
- ☐ En service hors rang
- ☐ Au CTA CODIS
- ☐ Au SSSM
- ☐ Au CSZB
- ☐ A la direction du SDIS
- ☐ Au sein d'un pôle territorial
- ☐ Au CFIS
- ☐ A la PFL

Adresse

Numéro de téléphone

Activité principale exercée

Votre activité au sein du SDIS17

Exercez vous cette activité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ A temps plein
- ☐

Eventuelle(s) activité(s) accessoire(s) actuelle(s)

Exercez vous déjà une ou plusieurs activités accessoires

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

En cas de réponse positive, veuillez décrire précisément ces activités (caractère public ou privé, durée, périodicité et horaires approximatifs, etc.)

Description de l'activité

Description de l'activité

Description de l'activité

Votre demande de cumul d'activité concerne. RAPPEL : sont exclues des demandes de cumul les activités de formation exercées dans des structures relevant de l'Etat (Universités), de l'ENSOSP, de l'ECASC

VEUILLEZ INDIQUER l'identité, la nature et le secteur d'activité de l'organisme pour le compte duquel s'exercera l'activité accessoire

Veuillez indiquer la nature, l'identité de l'employeur le cas échéant pour l'activité accessoire envisagée

Indiquer le numéro correspondant à la demande de cumul

Article 11 du décret 2020-69 :

"Les activités exercées à titre accessoire susceptibles d'être autorisées sont les suivantes :

1° Expertise et consultation, sans préjudice des dispositions du 3° du I de l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983 mentionnée ci-dessus et, le cas échéant, sans préjudice des dispositions des articles L. 531-8 et suivants du code de la recherche ;

2° Enseignement et formation (SAUF CAS D'ACTIONS DE FORMATIONS DISPENSEES A L'ENSOSP, L'ECASC, OU AU SEIN D'UNE UNIVERSITE) ;

3° Activité à caractère sportif ou culturel, y compris encadrement et animation dans les domaines sportif, culturel ou de l'éducation populaire ;

4° Activité agricole au sens du premier alinéa de l'article L. 311-1 du code rural et de la pêche maritime dans des exploitations agricoles constituées ou non sous forme sociale ;

5° Activité de conjoint collaborateur au sein d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale mentionnée à l'article R. 121-1 du code de commerce ;

6° Aide à domicile à un ascendant, à un descendant, à son conjoint, à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou à son concubin, permettant au fonctionnaire de percevoir, le cas échéant, les allocations afférentes à cette aide ;

7° Travaux de faible importance réalisés chez des particuliers ;

8° Activité d'intérêt général exercée auprès d'une personne publique ou auprès d'une personne privée à but non lucratif ;

9° Mission d'intérêt public de coopération internationale ou auprès d'organismes d'intérêt général à caractère international ou d'un Etat étranger ;

2 - VERSION 2024 - Cumul d'activité - Formulaire de saisine du collège des déontologues du SDIS

10° Services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail ;

11° Vente de biens produits personnellement par l'agent.

Les activités mentionnées aux 1° à 9° peuvent être exercées sous le régime prévu à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

Pour les activités mentionnées aux 10° et 11°, l'affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-7 du code la sécurité sociale est obligatoire"

Identité de l'employeur et coordonnées

Durée, périodicité et horaires approximatifs de l'activité

NB : L'addition du temps de travail lié à l'activité professionnelle de SPP et aux cumuls d'activités accessoires doivent répondre aux obligations définies dans la directive européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003 sur le temps de travail et reprise dans le décret n°2001-1382 du 31 décembre 2001 relatif au temps de travail des sapeurs-pompiers professionnels (SPP). Elle ne doit pas excéder 1 128 heures par semestre

Conditions de rémunération de l'activité (salaire, forfait, rétribution à la prestation...)

Veuillez indiquer le plus précisément possible les différents éléments demandés

Avis du supérieur hiérarchique

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Avis du supérieur hiérarchique

Veuillez imprimer le modèle suivant, le scanner et le joindre une fois complété par votre supérieur hiérarchique

Engagement

J'accepte que l'administration conserve les données transmises dans le cadre du RGPD pendant une durée de 12 mois

Pour toute information relative à l'utilisation de vos données personnelles :

<http://www.sdis17.fr/politique-de-confidentialite/>

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation sur l'honneur

Veuillez imprimer le modèle suivant, le scanner et le joindre une fois complété

Je soussigné, atteste avoir déposé ce jour la présente demande de cumul d'activité qui, si elle est accordée, le sera pour une durée d'un an maximum à compter de la date de notification

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non