

SAISINE DU

RÉFÉRENT DÉONTOLOGUE

Vous avez des doutes sur le cumul d’activité ou l’activité accessoire qu’envisage votre agent.

Complétez le formulaire ci-dessous afin que le référent déontologue lève tout doute.

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ**

**Nom de la collectivité** : **............**
Affaire suivie par : ............ Téléphone (ligne directe) : ............

Email : ............

**SITUATION DE L’AGENT CONCERNÉ**

**Nom :** ............ **Prénom :** ............

Statut : [ ] Fonctionnaire titulaire [ ] Fonctionnaire stagiaire
 [ ] Contractuel de droit public [ ]  Contractuel de droit privé

Grade : ............

Temps de travail :  temps complet  temps non complet,
Si temps non complet, préciser la durée hebdomadaire : ............

Agent intercommunal :  OUI, préciser la ou les collectivité(s) : ............

  NON

Fonctions/missions de l’agent au sein de votre collectivité ou établissement : ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**ACTIVITE ENVISAGEE**

Nature de l’activité : .............................................................................................................................................................................................

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

Cette activité sera exercée :

 chez un employeur privé  en auto-entreprise

Si entreprise privée :

Identité de l’employeur ou nature de l’organisme : ..............................................................

Durée envisagée : ..............................................................

Périodicité/modalité d’exercice : ........................................................................................

Conditions de rémunération de cette activité : ..................................................................................

**PIÈCE À JOINDRE**

 □ Fiche de poste

**Documents à transmettre par mail à referent.deontologue@cdg50.fr**