

Formulaire d'annonce d'une activité accessoire

Conformément à la *Directive sur les conditions d'exercices des activités accessoires des Membres du PER* (<https://intranet.graduateinstitute.ch/institut/documents-pour-les-professeurs>), les Membres du PER de l'Institut à **charge complète** souhaitant exercer une activité rémunérée en dehors de son cahier des charges pour le compte d'un tiers ou pour son propre compte (ci-après : « l'Activité Accessoire ») doivent compléter et retourner ce formulaire, dûment rempli et signé, au/à la directeur/trice (director@graduateinstitute.ch) **avant** l'exercice de toute Activité Accessoire, afin de satisfaire à son obligation d'annonce et de solliciter l'autorisation requise.

Aucune Activité Accessoire ne peut être exercée avant d'avoir obtenu l'autorisation du/de la directeur/trice.

Si l'autorisation est accordée, le/la Membre du PER est tenu.e de respecter les conditions d'exercice des Activités Accessoires mentionnées dans la directive précitée.

Nom :

Prénom:

Titre:

Structure :

Taux d'activité à l'Institut :

Description de l'Activité Accessoire

Lien avec le domaine d'enseignement et de recherche et les activités exercées à l'Institut

Date(s) à laquelle (auxquelles) l'activité sera exercée ou durée de l'Activité Accessoire

Taux de l'Activité Accessoire ou volume horaire et absences éventuelles

Utilisation de ressources de l'Institut
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, à préciser (type de ressources utilisées, fréquence,...) :

Situation réelle, potentielle ou apparente de conflits d'intérêt
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, à préciser : En cas de conflits d'intérêts en lien avec l'Activité Accessoire, le formulaire mentionné dans la <i>Directive sur la prévention et la gestion des conflits d'intérêts</i> (https://intranet.graduateinstitute.ch/institut/documents-pour-les-professeurs) doit être rempli en parallèle.

Par ma signature, j'atteste avoir pris connaissance de la *Directive sur les conditions d'exercices des activités accessoires des Membres du PER* et confirme l'exhaustivité et la véracité des informations fournies.

Date et signature :

* * *

A remplir par la direction

Avis du/de la supérieur.e hiérarchique (sur demande du/de la directeur/trice)
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Nom : Prénom : Titre : Structure :
Avis du/de la supérieur.e hiérarchique :

Date :

Signature :

Autorisation pour l'exercice d'une Activité Accessoire

Accord du/de la directeur/trice de l'Institut : oui non

Conditions : oui non

Si oui, lesquelles_ :

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :