**NOTICE DE RENSEIGNEMENTS**

**Enseignant USTHB**

**(Décret N° 03-219 du 22/05/2003)**

Nom : ………..………………………………................................................................................

Prénom : …….……………………………………………………………………………………….

Date et lieu de naissance : …………………………..…………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………..

N° de CCP: .…………………………………………………………………………………... ….

Titre et diplôme : ..……………………………………………………………………………………..

Grade et échelle : ..………………………………………………………………………………

Faculté de rattachement : FSTGAT/USTHB…..…………………………………………………………….

Le postulant déclare sur l’honneur :

N’exerce aucune tâche d’enseignement ou de formation à titre d’occupation accessoire dans un autre organisme relevant du secteur public,

Exerce : ………… heures d’enseignement à titre d’occupation accessoire sein de la FSTGAT

**Date et signature du postulant Le responsable de la structure**

**Fait à l’USTHB, le :…………… pédagogique de la FSTGAT**.

**Cadre réservé au responsable de la structure pédagogique de l’USTHB**

Module assuré :…………………………………………………………………………………

Volume horaire hebdomadaire ...................................................................................................

**USTHB, le : ……………. USTHB, le ……………**

**Le chef de département Le Doyen de la faculté**

**ACTE D’ENGAGEMENT**

**(Activités accessoires)**

Entre (l’établissement) : **FSTGAT – USTHB**

Représenté par Mr /Mme/Melle :  **………………………………**

Fonction : **Doyen de la faculté**

D’une part,

**Et**

Mme, Melle, Mr.: … ……………………………….. …………………………………………………… 

Né(e) le :……………………………………….…………………………………………………………

Diplôme :……………………………………………………………………………………………………

Grade :……………. …………………………………………………………………………………………

Activité exercée/  ………………….………………………………………………………………………….

D’autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

**Article 01** : Mme. Melle Mr.: …………………………….…….. est recruté dans le cadre des

dispositions du décret exécutif n° : 01-293 du 01/10/2001 pour assurer des tâches

d’enseignement à titre d’activités accessoires.

**Article 02** : A ce titre, l’intéressé(e) devra assurer le volume hebdomadaire de **……….**heures.

**Article 03** : La rémunération des travaux réellement effectués sera déterminée conformément

aux articles 05 et 06 du décret cité ci-dessus.

**Article 04** : Le présent contrat est valide durant l’année universitaire………/ ………et prend

effet à compter de la date de sa signature par les deux parties.

**Article 05** : Chacun des deux parties à la latitude de mettre fin au contrat après avoir notifié

un préavis de 15 jours à l’autre partie contractante.

**Article 06** : Mme, Melle, Mr ……..……………………déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires concernant le non-cumul et s’engage à :

* Ne pas dépasser le volume hebdomadaire de huit heures autorisé (tous établissements confondus).
* Ne pas cumuler avec un contrat d’associé.

**Lu et approuvé**

**Signature de l’intéressé(e)**

Fait à Bab Ezzouar, le …………..

**Cachet et signature de l’autorité compétente**

**FICHE DE SUIVI DES ACTIVITES ACCESSOIRES**

**A/ Identification de l’intervenant :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : …………………… | Prénom : …………………………. |
| Age : ………………….….. | Diplôme : ………………………….. |
| Grade : ………….. | Fonction : ……………………………… |

**B/ Tâches assurées au sein de l’établissement d’origine :**

(Exprimée en volume horaire hebdomadaire)

1. Principales : (Cours, TD, TP, Encadrement, Recherche, etc…)
2. Accessoires : ………………………………………………….

**C/ Autorisations délivrées :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement d’accueil** | **Volume horaire hebdomadaire autorisé** | **N° et date de l’autorisation** | **Observation** |
| 1/-Au sein de l’établissement d’origine |  |  |  |
| 2/ Etablissement « 1 » |  |  |  |
| 3/ Etablissement « 2 » etc. |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |
| Classé dans ce cas comme établissement d’accueil | | | |

**Le Doyen**

**ETAT TRIMESTRIEL D’HEURES SUPPLEMENTAIRES**

Nom et Prénom : ……………………………………………………..……..

Grade : ……..………….………………………………………………..

Fonction : ……….…..…..……….…………………………….

Situation familiale : ………..………………………………..……………………….

Mode de paiement **CCP** N° :……………………..………..……………..

Travaux supplémentaires effectués à la FSTGAT–USTHB au …………………………….........de l’année …………………………..…..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre d’heures effectuées durant le mois de ………………………………………………. |  |  |  |
| Nombre d’heures effectuées durant le mois de……………………………………………….. |  |  |  |
| Nombre d’heures effectuées durant le mois de ………………………………………………..  Nombre d’heures effectuées durant le mois de ………………………………………………..  Total  des heures : …………................................... |  |  |  |
| Le chef de département soussignée certifie avoir vérifié et constaté que les heures |  |  |  |

d’enseignement à titre accessoires objet du présent état ont été réellement effectuées.

Signature et qualité :

**Cadre réservé à la sous direction des finances et moyens :**

Salaire mensuel imposable  :………………………….………

Heures supplémentaires  :………………………….………

IRG :……………………….…………

SS :……………………….…………

Déjà retenus (IRG-SS) :…………………………….……

Differences :……………………………….…

Heures supplémentaires :………………………………….

Net :……………………………………

**FICHE DE RENSEIGNEMENT**

**NOM: PRENOM: GRADE:**

**HEURES COMPLEMENTAIRES DU : S1 S2 Année universitaire :**

**I- MODULES ASSURES: (précisez le palier L1, L2, L3, M1, M2 et la spécialité)**

**1- 4-**

**2- 5-**

**3- 6-**

**-VOLUME HORAIRE HEBDOMADAIRE ASSURE: 12**

**-HEURE COMPLEMENTAIRE HEBDOMADAIRE : 6**

**-RELIQUAT:**

**II- ENCADREMENT**

**Binôme ou trinôme 1 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date de soutenance** | **Diplôme d’accès en master ( Ingéniorat ou licence LMD** | **Matricule :** | **Nom et  Prénom** |
|  |  |  | **Etudiant1** |
|  |  | **Etudiant 2** |
|  |  | **Etudiant 3** |
| **Affiliation** | **Grade** | **Nom et prénom du co-encadreur :** | **En cas de co-encadrement précisez :** |

**Binôme ou trinôme 2 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date de soutenance** | **Diplôme d’accès en master (ingéniorat ou licence LMD** | **Matricule :** | **Nom et  Prénom** |
|  |  |  | **Etudiant1** |
|  |  | **Etudiant 2** |
|  |  | **Etudiant 3** |
| **Affiliation** | **Grade** | **Nom et prénom du co-encadreur :** | **En cas de co-encadrement précisez :** |

**III-STAGE :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Lieu** | **Durée** | **Licence (préciser)** | **Master (préciser)** |
| **01** |  |  |  |  |
| **02** |  |  |  |  |
| **03** |  |  |  |  |

**Date et Signature**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**NOM: …………………………. PRENOM:………………………. GRADE:……………………………..**

1. **MODULES ASSURES: (précisez le palier L1, L2, L3, M1, M2 et la spécialité).**

-

-

-

-

-

**-HEURE COMPLEMENTAIRE HEBDOMADAIRE  S1 :…………………………………………….**

**-HEURE COMPLEMENTAIRE HEB**

**DOMADAIRE  S2 :. ……………………………………………**

**-RELIQUAT: S1 :…………………………S2 :…………………………..**

**Encadrement (Nom et Prénom des Etudiants, Date de soutenance).**

**-**

**-**

**Signature**

**NOTICE DE RENSEIGNEMENTS**

**Enseignant hors USTHB**

( à fournir obligatoirement et avant tout commencement d’exécution de la prestation par tout fonctionnaires agent public, cadre ou technicien spécialisé attaché régulièrement à un établissement autre que l’USTHB) Article n° 03-219 du 22/05/2003.

Nom **:** …………………………………………………………………………………………..

Prénom **:** ………………………………………………………………………………………

Date et lieu de naissance **:** …………………………………………………………………….

Adresse :………………………………………………………………………………………

N° de CCP ou CB **:** ……………………………………………………………………………

Titre et diplôme **:**……………………………………………………………………………….

Echelle de classement **:**………………………………………………………………………..

**Organisme employeur**

Dénomination :………………………………………………………………………………….

Adresse :…………………………………………………………………………………………

Le directeur de l’organisme employeur, soussigné, certifie, que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et autorise Mme, Melle, Mr……………………………….à dispenser d’un enseignement de…………. heures à la FSTGAT/USTHB durant la période ………………….

**Le directeur de l’organisme employeur (signature et griffe**).

**Cadre réservé au responsable de la structure pédagogique de l’USTHB**

Module assuré par Mme, Melle, Mr :…………………………………………………………...

En qualité de chargé de cours T.D, T.P :………………………………......................................

Nombre d’heures /semaines :……………………………………………………………………

Volume horaire semestriel- annuel prévu :...................................................................................

Indemnité horaire :……………………………………………………………………………… Engagement de dépenses :………………………………………………………………………

**Certifie conforme :**

**Le Responsable de la structure pédagogique Le Doyen**

**(Date et signature) (Date et signature)**