Annexe n° 4

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NON ACTIVITE**

**POUR LES ENSEIGNANTS ASSOCIES DES UNIVERSITES A TEMPS PLEIN**

 **Année 2024-2025**

□Sous-section (4 caractères) : □ Discipline :

Conformément à l'article 6 du décret n°91-966 du 20 septembre 1991relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques.

« *Les personnels associés à plein temps ne peuvent exercer simultanément une autre activité professionnelle, et notamment celle d'agent public en position d'activité »*.

Je soussigné (e), Monsieur / Madame …………………

déclare sur l'honneur n'exercer aucune autre activité professionnelle.

Fait à .............................................. le I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_ I\_\_I\_\_I\_\_I

 Signature

Nom de naissance : ………………………

Nom d’usage : …………………………….

Prénoms : …………………………………..

Date de naissance: I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I / I\_\_ I\_\_I\_\_I\_\_I