

**DEMANDE D'AUTORISATION  
POUR UNE UTILISATION DU VEHICULE PERSONNEL POUR LES BESOINS DU SERVICE  
ANNEE CIVILE 20\_\_**

PARTIE A REMPLIR PAR L'AGENT			
A	IDENTITE DU DEMANDEUR	B	IDENTIFICATION DU VEHICULE
	N° Sécurité Sociale :		N° Immatriculation : <b>JOINDRE LA CARTE GRISE</b>
	NOM : PRENOM :		PUISSANCE : <b>Chevaux</b> NB DE PLACES :
	GRADE : FONCTION :		DATE D'ACQUISITION :
	ADRESSE DU POSTE D'AFFECTATION : <b>UFR LLSH</b>		MARQUE : MODELE :
C	MISSION :		D
OBJET	VACATIONS D'ENSEIGNEMENT		Décret 2006-781 article 10 : "Il doit avoir souscrit au préalable une police d'assurance garantissant d'une manière illimitée sa responsabilité au titre de tous les dommages qui seraient causés par l'utilisation de son véhicule à des fins professionnelles."  <b>COMPAGNIE D'ASSURANCE :</b>  <b>N° DE POLICE :</b>  <b>ASSURANCE DEFENSE-RECOURS OBLIGATOIRE :</b>  <b>GARANTIES AUTRES QUE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE :</b>
PERIODE	<input checked="" type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporaire		
Circonscription pour laquelle l'autorisation est demandée	<input checked="" type="checkbox"/> Département de la Savoie <input type="checkbox"/> Région Rhône-Alpes <input type="checkbox"/> France entière <input type="checkbox"/> Etranger : (à préciser)		
Nombre de Km à parcourir par an	<input checked="" type="checkbox"/> moins de 2 000 <input type="checkbox"/> de 2 000 à 10 000 <input type="checkbox"/> plus de 10 000		
<p><b>Je soussigné, certifie que ma police d'assurance garantit, d'une manière illimitée, ma responsabilité dans le cadre des missions accomplies à la demande de l'Université de la Savoie, tous dommages que je pourrais causer par l'utilisation de mon véhicule, y compris vis à vis des personnes transportées.</b></p> <p><b>ATTENTION : Si votre police d'assurance ne couvre pas les risques professionnels, votre responsabilité personnelle sera engagée en cas de dommages causés aux biens et/ou aux personnes.</b></p>			
A	le	<b>Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"</b>	
<p><i>☞ Rappel : un Ordre de Mission ou un Ordre de Mission Permanent doit être établi au préalable</i></p>			
PARTIE A REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION			
Date : __/__/ ____		Nom du signataire et cachet du service	
<input checked="" type="checkbox"/> Accordée <input type="checkbox"/> Refusée			
Code SIFAC de l'agent :			