



# DEMANDE TELETRAVAIL



## IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom de naissance

Catégorie

Nom d'usage

Statut

Prénom

Fonction exercée

N° de téléphone

Adresse mèl

Service



## INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

Initiale

Renouvellement

Modification ou changement de poste

### Modalités de télétravail demandées :

A hauteur de      jours(s) par semaine, ou      par mois, ou      jours (s) par an

### Je souhaite télétravailler en [jour(s) fixe(s)] :

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

### Je souhaite télétravailler ponctuellement (jours flottants) :

Oui

Nombre de jour(s) par semaine

, par mois

, par an

### Horaires de télétravail :

Horaire de début et de fin de matinée : de      à

Horaire de début d'après-midi et de fin d'après-midi : de      à

Total (matin + après midi) :

(temps de travail quotidien)

Ma situation me permet de déroger à la quotité de temps de présence sur le lieu de travail (cf. modalités page 4) :

Oui

Non

**Adresse(s) du lieu d'exercice du télétravail**

Domicile

Autre(s) lieu(x)

**En cas d'exercice du télétravail au domicile ou dans un autre lieu privé:**

Je déclare sur l'honneur que la prise à laquelle l'ordinateur sera branché est protégée par un interrupteur différentiel calibré à 30 mA et par un disjoncteur ce qui me permet ainsi d'exercer mon activité professionnelle dans toutes les conditions de sécurité.

Oui

Non

Je dispose d'un abonnement internet :

Oui

Non

**Identification des activités exercées en télétravail**

Activités télétravail

Logiciels et applications utilisés

**Je sollicite la demande de télétravail à compter du**

**PIECES A JOINDRE**

- Ce formulaire complété et signé



1. Signature de l'agent

2. Avis du supérieur hiérarchique

3. Avis de conformité des services RH

*Commentaires et précisions de l'agent*

*Signature de l'agent*



## RECUEIL DES VISAS

Partie réservée à l'administration

### Avis du médecin de prévention ou du travail

(en cas de dérogation au temps de présence sur le lieu de travail, situation de handicap ou état de grossesse)

### Avis du supérieur hiérarchique

Si, avis défavorable (motivation)

Cette autorisation est soumise à une période d'adaptation (3 mois maximum) Oui Non

Durée de la période

Nom du supérieur hiérarchique

Date

Timbre et signature du supérieur hiérarchique

Durée accordée

Avis de conformité du service gestionnaire RH

Nom de l'agent du service RH

Date

Timbre et signature du service RH