



FORMULAIRE DE DEMANDE DE TELETRAVAIL

Demande initiale

Demande de renouvellement

NOM et PRENOM :

Service :

Fonctions :

Motif médical : oui non

Date de début du télétravail :

Organisation: Nombre de jour 1 1/2 journée
Jours variables
Jours fixes Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi
 Journée 1/2 journée

Nom et téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :

Lieu(x) d'exercice du télétravail (adresse complète) :

.....
.....

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur,

Après avoir pris connaissance du descriptif et des spécifications techniques auxquels doit satisfaire un local à usage de télétravail, atteste sur l'honneur que :

- Mon domicile dispose d'un espace de travail adapté permettant de travailler dans de bonnes conditions notamment d'ergonomie,
- Cet espace dédié au télétravail au sein de mon domicile respecte les règles de sécurité notamment l'installation électrique,
- Cet espace dédié au télétravail est équipé d'une connexion internet suffisante pour permettre un accès téléphone et internet de bonne qualité d'émettre et de réceptionner des données numériques compatibles avec mon activité professionnelle.

Documents à fournir :

Attestation d'assurance habitation faisant apparaître une clause particulière prenant en compte l'activité de télétravail à domicile.

Attestation du médecin de prévention et/ou médecin traitant si le télétravail est demandé pour raisons médicales.

Fait à..... le

Signature de l'agent

AVIS

Avis du Responsable de service

Favorable

Défavorable :

.....

.....

Nom :

Date :

Signature :

Avis du Directeur

Favorable

Défavorable :

.....

.....

Nom :

Date :

Signature :

L'agent atteste avoir pris connaissance de l'avis

Fait à

le

Signature de l'agent :