

IMPRIMÉ DE DEMANDE DE TÉLÉTRAVAIL

SPÉCIAL COVID 19



PHASE 2 DU DÉCONFINEMENT 02 JUIN 2020 AU 21 JUIN 2020

Décret n° 2016-151 du 11 février 2016 modifié

Délibération de la Commission Permanente en date du 08 novembre 2016

LE DEMANDEUR

Nom, Prénom de l'agent :

Grade :

Fonction de l'agent :

Service/Direction d'affectation :

PRÉCISIONS SUR LA DEMANDE

Missions que l'agent souhaite exercer en télétravail :

.....
.....

Adresse où l'agent souhaite effectuer des missions en télétravail :

.....

Nombre de jour(s) par semaine demandé (3 au maximum, 2 jours de présence obligatoires dans le service) :

.....

Jour(s) choisi(s) pour le télétravail

(à titre indicatif et susceptibles de changement, après accord express de la hiérarchie) :

.....

Durée pour laquelle l'autorisation est demandée : Du au

AUTRES : (Éléments que le demandeur souhaite porter à la connaissance de sa hiérarchie et pouvant être pris en compte pour l'examen de sa demande - durée de trajet domicile/travail, situation relative à l'état de santé, au titre de l'article 4 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016, etc.) :

.....
.....

J'atteste sur l'honneur que je dispose des installations me permettant de réaliser l'ensemble de mes missions en télétravail en toute sécurité.

Date :

Signature de l'agent :

AVIS DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE DIRECT :

.....

Date :

Signature du supérieur hiérarchique direct :

AVIS DU DIRECTEUR / DGA :

.....

Date :

Signature du Directeur / DGA :