

DEMANDE D'EXERCICE DES ACTIVITES EN TELETRAVAIL

Références :

Décret n° 2016-151 du 11 février 2016 modifié relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature ;

Accord-cadre du 13 juillet 2021 relatif à la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique ;

Accord du 23 février 2022 relatif à la mise en œuvre du télétravail aux ministères de la Transition écologique, de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, et de la Mer.

Identification de l'agent

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

NOM, Prénom :

Catégorie : ☐ A ☐ B ☐ C Modalité ARTT : ☐ 36h30 ☐ 37h ☐ 38h30
☐ Autre, précisez.....

Corps: Grade :

Service :

Fonctions :

Date prise de poste : Temps partiel : ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90%

Modalités de télétravail demandées

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

Jours (s) de télétravail souhaité(s) en cas de télétravail hebdomadaire :

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

Jours « flottants »

☐ Oui Nombre de jours : par semaine , par mois , par an

Horaires auxquels l'agent peut être joint : h min et h min, le matin /

h min et h min, l'après midi

Date de prise d'effet

Adresse du lieu d'exercice du télétravail

Domicile :

Autre lieu :

En cas d'exercice du télétravail au domicile ou dans un 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.

Je dispose d'un espace pouvant être dédié au télétravail : ☐ oui ☐ nonJe dispose d'un abonnement internet : ☐ oui ☐ non**Identification des activités exercées en télétravail**

Activités télétravail

Logiciels utilisés

Fait à

le

Signature

Avis du supérieur hiérarchique (N+1) ayant conduit l'entretien

NOM, prénom

Service

Date de l'entretien

Avis du supérieur hiérarchique :

☐ Favorable☐ Défavorable (à motiver)

Fait à

le

Signature

Période d'adaptation ☐ oui ☐ non**Durée :** mois (maximum 3 mois)

Décision du directeur ou du chef de serviceNOM, prénom Service **Modalités de télétravail**A hauteur de jour(s) par semaine, ou par mois, ou par anJours (s) de télétravail souhaité(s) en cas de télétravail hebdomadaire☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ VendrediJours ponctuels « flottants »☐ Oui Nombre de jours : par semaine , par mois , par an Horaires auxquels l'agent peut être joint : h min et h min, le matin / h min et h min, l'après-midiDate de prise d'effet Décision du directeur ou du chef de service : ☐ Favorable ☐ Défavorable (à motiver)Fait à le Signature