**FORMULAIRE DE DEMANDE TELETRAVAIL**

##### Informations relatives à l’agent

NOM – Prénom :

Catégorie :

Grade – Fonction :

Pôle/Service :

Temps de travail *(et éventuellement la quotité pour temps partiel)* :

Date de recrutement :

Trajets domicile/travail :

Lieu de résidence familiale :

Lieu de travail (résidence administrative) :

Distance domicile/travail :

Temps de trajet quotidien aller et retour :

Mode de transport habituel :

##### Projet de l’agent

Pour quelles raisons envisagez-vous de télétravailler ?

##### Modalités de télétravail envisagées par l’agent Descriptif des activités de l’agent

Activités à réaliser dans le cadre du télétravail ? (et % estimé dans le profil de poste) Activités incompatibles avec le télétravail ? (et % estimé dans le profil de poste)

##### Ressources Informatiques

Quels sont les applicatifs bureautiques ou métiers dont vous aurez besoin en situation de télétravail ?

* PC
* Excel
* Word
* Outlook

- ………….

##### Capacité de l’agent à travailler depuis son domicile :

* possibilité d’installer au domicile un espace dédié au télétravail
  + oui ☐ non
* conformité de la connexion Internet au débit
  + oui ☐ non
* conformité de l’installation électrique
  + oui ☐ non
* nécessité d’un aménagement de poste (*après avis du médecin de prévention ou étude de poste d’un ergonome)*
  + oui ☐ non

##### Forme du télétravail souhaité :

#### Pour le télétravail régulier

Nombre et jour(s) de la semaine/du mois souhaité(s) pour le télétravail.

*(En fonction de la délibération de la collectivité sur le nombre de jours télétravaillables*) Le nombre de jours est limité à….jours par semaine, à l’exception de ces ~~deux~~ quatre situations :

* *Pour des agents dont l’état de santé ou le handicap ~~ou l’état de grossesse~~ le justifient et après avis du médecin de prévention et ce, pour 6 mois maximum. Cette dérogation est renouvelable une fois par période d’autorisation du télétravail, après avis du médecin de prévention.*
* *Pour les femmes enceintes.*
* *Pour les agents éligibles au congé de proche aidant, pour une durée de 3 mois maximum. Cette dérogation est renouvelable.*
* *Lorsqu’une autorisation temporaire de télétravail a été demandée et accordée en raison d'une situation exceptionnelle perturbant l'accès au service ou le travail sur site).*
* 1 jour
* 2 jours
* 3 jours

Préciser le(s) jour(s) de télétravail souhaité(s) :

* lundi ☐ mardi ☐ mercredi ☐ jeudi ☐ vendredi

Date de mise en place souhaitée :

#### Pour le télétravail ponctuel

Nombre de jours flottants de télétravail par semaine, par mois ou par an souhaité(s).

*(En fonction de la délibération de la collectivité sur le nombre de jours télétravaillables)* Le nombre de jours est limité à….jours par semaine, à l’exception de ces ~~deux~~ quatre situations :

* *Pour des agents dont l’état de santé ou le handicap ~~ou l’état de grossesse~~ le justifient et après avis du médecin de prévention et ce, pour 6 mois maximum. Cette dérogation est renouvelable une fois par période d’autorisation du télétravail, après avis du médecin de prévention.*
* *Pour les femmes enceintes.*
* *Pour les agents éligibles au congé de proche aidant, pour une durée de 3 mois maximum. Cette dérogation est renouvelable.*
* *Lorsqu’une autorisation temporaire de télétravail a été demandée et accordée en raison d'une situation exceptionnelle perturbant l'accès au service ou le travail sur site).*

Préciser le nombre de jours :

Date de mise en place souhaitée :

*Je déclare avoir pris connaissance des documents de cadrage du télétravail : (préciser les documents en la matière)*

*Je m’engage à fournir un certificat établi par un organisme agrée ou une attestation sur l’honneur stipulant que le lieu de travail est conforme aux normes électriques en vigueur.*

Date et signature de l’Agent

Avis du responsable hiérarchique sur :

* la nature de l’activité permettant le travail à distance,
* la responsabilisation de l’agent sur son poste,
* l’organisation du temps télétravaillé,
* la date de mise en place préconisée.

Date et signature

Avis motivé du Directeur Général des Services/l’Autorité Territoriale :

Date de mise en place du télétravail :

Date :

Signature du Directeur Général des Services/l’Autorité territoriale