

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE DE TELETRAVAIL**  **PARTIE 1 / 2 – DEMANDE** |

|  |  |
| --- | --- |
| DEMANDEUR | |
| Nom et Prénom : |  |
| Matricule : |  |
| Service : |  |
| Unité : |  |

Date de l’entretien préalable avec le supérieur hiérarchique : ………………………………………….

|  |
| --- |
| ORGANISATION SOUHAITÉE |

Demande à télétravailler à compter du : …………………………………………………………………….

Activités télétravaillables proposées : ……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Lieu du télétravail (adresse complète) : …………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Préciser le(s) jour(s) de télétravail souhaité(s)[[1]](#footnote-1) : ………………………………………………………….

|  |
| --- |
| ATTESTATION SUR L’HONNEUR |

Le demandeur atteste que le lieu d’exercice du télétravail comporte un espace de travail adapté répondant aux règles de sécurité électrique, permettant un aménagement dans de bonnes conditions d’ergonomie et disposant de moyens d'émission et de réception de données numériques compatibles avec son activité professionnelle. Il atteste avoir pris connaissance de la charte relative au télétravail adoptée par délibération du Conseil d’administration de l’Etablissement public interdépartemental 78-92, lors de la séance du 27 janvier 2022, et qui s’impose à lui. Le demandeur joint à sa demande l’attestation d'assurance multirisques habitation précisant qu'elle couvre l'exercice du télétravail.

Date : Signature du demandeur :

|  |
| --- |
| **PARTIE 2 / 2 – REPONSE A LA DEMANDE** |

|  |  |
| --- | --- |
| SUPERIEUR HIERARCHIQUE | |
| Nom et Prénom : |  |
| Fonction : |  |

Date de réception de la demande :

|  |  |
| --- | --- |
| AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE  *délai d'un mois maximum à compter de la date de réception* | |
| Accord | Refus |
| En cas de refus, préciser les motifs : | * activités incompatibles avec le télétravail *(préciser dans la case commentaire*) * ancienneté insuffisante * temps partiel ou aménagement d’horaires incompatible avec la demande de télétravail *(préciser dans la case commentaire)* * fonctionnement du service et/ou configuration de l'équipe incompatible *(préciser dans la case commentaire)* * autonomie de l’agent insuffisante * autres *(préciser dans la case commentaire)* |
| Commentaires : |  |

Date : Signature du supérieur hiérarchique :

|  |  |
| --- | --- |
| AVIS DU CHEF DE SERVICE | |
| Accord | Refus |
|  | En cas de refus, préciser les motifs : |

Formulaire à retourner par mail à l’agent, avec copie à l’adresse [secretariatgeneral@epi78-92.fr](mailto:secretariatgeneral@epi78-92.fr)

1. *Dans la limite maximale de deux jours par semaine pour les agents, dont au minimum un jour fixe, et d’un jour par semaine pour les encadrants. Un second jour de télétravail peut être octroyé par l’autorité territoriale aux encadrants qui en font la demande.*

   *Le télétravail est interdit le lundi, ainsi qu’un deuxième jour de la semaine déterminé par chaque responsable de pôle.*  [↑](#footnote-ref-1)