**FORMULAIRE DE DEMANDE DE TELETRAVAIL**

***Modèle à adapter en fonction des modalités applicables dans votre collectivité***

## Demande de l’agent

Nom et prénom :

Grade :

Service :

Poste occupé :

Temps de travail :

Quotité de temps partiel, le cas échéant :

🞏 1ère demande

🞏 modification

🞏 renouvellement

Date de début souhaitée :

Durée :

Organisation du télétravail :

🞏 télétravail régulier :

* nombre de jours fixes par semaine/mois :
* jour(s) de télétravail :

🞏 télétravail ponctuel :

* nombre de jours flottants par semaine/mois/an :

Plages horaires souhaitées, dans le respect de la charte :

Adresse du ou des lieux de télétravail :

🞏 domicile :

🞏 autre lieu privé :

🞏 lieu à usage professionnel :

Activités pouvant être exercées en télétravail :

|  |  |
| --- | --- |
| Activités | Logiciels utilisés |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

L’agent atteste sur l’honneur :

🞏 disposer d’un espace adapté pouvant être dédié au télétravail,

🞏 disposer d’installations électriques conformes à la réglementation en vigueur,

🞏 disposer d’une connexion internet suffisante,

🞏 disposer d’une assurance habitation couvrant l’exercice du télétravail,

🞏 avoir pris connaissance de la charte de télétravail de la collectivité.

A …………………………, le …………………………,

Signature de l’agent

## Avis du responsable hiérarchique

Nom et prénom :

Service :

Poste occupé :

Conformité de la demande :

* Activités compatibles avec le télétravail : 🞏 oui 🞏 non
* Demande compatible avec l’organisation et le bon fonctionnement du service : 🞏 oui 🞏 non

Décision :

🞏 Accord

🞏 Accord sous réserve des ajustements suivants :

🞏 Refus

Date de l’entretien préalable au refus :

Motivation du refus :

A …………………………, le …………………………,

Signature du responsable hiérarchique