

## IMPRIME DE DEMANDE DE TELETRAVAIL

### PARTIE 1 – DEMANDE DE TÉLÉTRAVAIL

#### 1. Informations générales

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Grade : .....

Métier : .....

Affectation : .....

Adresse : .....

#### 2. Organisation du travail au sein de mon service

Mon travail nécessite-t-il une présence et une disponibilité physique quotidienne, que ce soit auprès des patients ou en interaction avec mes collègues ?

☐ OUI ☐ NON

Ma situation relève-t-elle des personnes vulnérables au sens du décret n°2020-521 du 5 mai 2020 ?

Si oui, la demande sera transmise pour avis au Service de Santé au Travail

☐ OUI ☐ NON

**Quels sont les applicatifs dont vous auriez besoin en situation de télétravail ?**

.....  
.....

#### 3. Souhaits sur les modalités de télétravail

☐ 10% ☐ 40%

- sur la base d'une quotité hebdomadaire de : ☐ 20% ☐ 50%

☐ 30% ☐ 60%

- Jours de télétravail demandés (**prendre en compte les impératifs de service et mes souhaits personnels**), dans la limite de 3 jours de télétravail par semaine, sauf cas particulier. Le télétravail est décompté sur le rythme horaire habituel de l'agent.

☐ Lundi

☐ Mardi

☐ Mercredi

☐ Jeudi

☐ Vendredi

☐ 1 jour

☐ 4 jours

☐ 7 jours

☐ 10 jours

- sur une base mensuelle de :

☐ 2 jours

☐ 5 jours

☐ 8 jours

☐ 11 jours

☐ 3 jours

☐ 6 jours

☐ 9 jours

☐ 12 jours

Date :

Signature agent :

## PARTIE 2 – A REMPLIR PAR LE SUPERIEUR HIERARCHIQUE DU TELETRAVAILLEUR

Cette partie est remplie par l'encadrant N + 1 du candidat au télétravail

### 1 - Eligibilité des tâches professionnelles du candidat au télétravail

Descriptif des activités de l'agent et compatibilité estimée de ces activités en situation de télétravail

Activités éligibles au télétravail	Activités non télétravaillables

### 2 - Les modalités de télétravail sont-elles compatibles avec le fonctionnement du service ?

<b><u>Avis encadrement</u></b>	
<input type="checkbox"/> AVIS POSITIF <input type="checkbox"/> AVIS NEGATIF	
Motivation de l'avis : ..... ..... .....	
<b>Le supérieur hiérarchique direct</b>	
NOM :	PRENOM :
Fonction :	
Date :	Signature du cadre :

<b><u>Partie réservée à la DRH</u></b>	
<input type="checkbox"/> AVIS POSITIF <input type="checkbox"/> AVIS NEGATIF	
Motivation de l'avis : ..... ..... .....	
Date :	Signature DRH :