

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 ?**Avis encadrement**

AVIS POSITIF AVIS NEGATIF

Motivation de l'avis :

.....
.....
.....

Le supérieur hiérarchique direct

NOM :

PRENOM :

Fonction :

Date :

Signature du cadre :

Partie réservée à la DRH

AVIS POSITIF AVIS NEGATIF

Motivation de l'avis :

.....
.....
.....

Date :

Signature DRH :