|  |
| --- |
| **MODELE D’ARRETE AUTORISANT L’EXERCICE DES FONCTIONS** **EN TELETRAVAIL****De M./Mme………………………………………………………………****Grade ……………………………………………………………………..** |

**Le Maire / Le Président,**

**Vu** le Code Général de la Fonction Publique,

**Vu** le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l’hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu’à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale,

**Vu** le décret n° 2016-151 du 11 février 2016 modifié relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature,

**Vu** l’avis du comité social territorial,

**Vu** la délibération du…………. fixant les modalités du télétravail,

***Vu*** *la demande écrite de l’agent précisant les modalités d’organisation souhaitées du ……………………………*

***OU***

***Vu*** *la demande écrite de l’agent précisant les modalités d’organisation souhaitées du …. (Accompagnée de l’avis du médecin de médecine préventive en cas* ***d’état de santé, handicap ou grossesse - rappel : durée maximum 6 mois – possibilité de renouvellement****)*

***OU***

***Vu*** *la demande écrite de l’agent précisant les modalités d’organisation souhaitées du …………………… (en cas de situation exceptionnelle perturbant l'accès au service ou le travail sur site).*

**Considéran**t que l’exercice des fonctions de l’agent en télétravail est compatible avec la bonne marche du service ;

**Considérant** que la configuration du lieu de télétravail de l’agent respecte les exigences de conformité des installations aux spécifications techniques ;

**ARRÊTE :**

**Article 1er : A compter du ……../…../……..,** M./Mme (*nom, prénom, grade ou emploi*)………………… , exerçant les fonctions de ……………….…, bénéficied’une autorisation d’exercer ses fonctions en télétravail à *(au) …*… *(préciser le lieu d’exercice du télétravail)* pour une durée de: ……………………selon le rythme suivant :

……*.jours par semaine*

*ou*

……*.jours par mois*

*ou*

*……jours flottants par semaine*

*ou*

*…..jours flottants par mois*

*ou*

*…..jours flottants par an*

*Préciser les horaires souhaités :*

**Rappel :** **Un agent peut, au titre d’une même autorisation, mettre en œuvre ces différentes modalités de télétravail.** Le temps de présence sur le lieu d’affectation ne peut être inférieur à deux jours par semaine sauf dérogations prévues à l’article 4 du décret n° 2016-151.

**Article 2 :** M./Mme (*nom/prénom)* …………….. bénéficiera des moyens suivants pour l’exercice de ses fonctions en télétravail :

*(Exemples : ordinateur portable, téléphone portable, accès à la messagerie professionnelle, accès aux logiciels indispensables à l’exercice des fonctions).*

**Article 3 :** M./Mme (*nom/prénom*) …………………… s’engage à respecter les règles en matière de sécurité des systèmes d’information et de protection des données définies ainsi que celles en matière de temps de travail, de sécurité et de protection de la santé.

**Article 4 :** Durant sa période de télétravail, M./Mme *(nom/prénom) ……………..…..*……..bénéficiera des mêmes droits et obligations que les agents exerçant sur leur lieu d’affectation.

L’agent ainsi placé bénéficie de l’intégralité de sa rémunération ainsi que du maintien de ses droits à avancement et de ses droits à la retraite.

**Article 5** : Il pourra être mis fin à cette autorisation à tout moment et par écrit, à l'initiative de l'administration ou de l'agent, moyennant un délai de prévenance de deux mois. Dans le cas où il est mis fin à l'autorisation de télétravail à l'initiative de l'administration, le délai de prévenance peut être réduit en cas de nécessité du service dûment motivée

**Article 6 :** Le (*la*) directeur(*trice*) général(*e*) des services est chargé(*e*) de l’exécution du présent arrêté (*dans les autres collectivités ou établissements*).

**Article 7 :** Ampliation du présent arrêté sera adressée à M……… (*agent comptable de la collectivité ou de l’établissement*) et notifiée à l’intéressé(*e*).

 Fait à………………..

 Le……………………

 Le Maire / Le Président

Le Maire / Le Président,

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte ;

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Montpellier dans un délai de 2 mois, à compter de la présente publication par courrier postal (6 rue Pitot – 34000 Montpellier) ; Téléphone : 04-67-54-81-00 ou par le biais de l’application informatique Télérecours, accessible par le lien suivant : <http://www.telerecours.fr>.

Notifié le ……

Signature de l’agent :