|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE D’EXERCICE DES ACTIVITES****EN TELETRAVAIL** |

|  |
| --- |
| **Identification de l’agent**  |

Nom/Prénom :

Catégorie : □ A □ B □ C

Grade :

Service :

Fonctions :

Date de prise de poste :

Temps de travail :

Quotité en cas de temps partiel :

|  |
| --- |
| **Identification des activités pouvant être exercées en télétravail et des moyens informatiques utilisés**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Activités** | **Logiciels utilisés** |
| 1) |  |
| 2) |  |
| 3) |  |
| 4) |  |
| 5) |  |
| 6) |  |
| 7) |  |
| 8) |  |
| 9) |  |
| 10) |  |

|  |
| --- |
| **Organisation du télétravail souhaitée**  |

□ Hebdomadaire

 → A hauteur de ……. jour(s) par semaine

 → jour(s) de télétravail souhaité(s) :

□ Lundi □ Mardi □ Mercredi □ Jeudi □ Vendredi

□ Mensuelle

 → à hauteur de ……. jour(s) par mois

Lieu d’exercice du télétravail souhaité :

□ Télécentre :

→ Lieu : …………………………………………………………

□ Domicile :

→ Je dispose d’un espace pouvant être dédié au télétravail : □ Oui □ Non

|  |
| --- |
| **Autres renseignements liés à la demande (facultatif)**  |

Eléments relatifs à la situation personnelle (éloignement, situation familiale, autre) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Renseignements complémentaires :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Distance domicile / travail : …………………………………………

Nombre de km parcourus par jour : ………………………………

Temps de déplacement journalier : ………………………………

Mode de déplacement : ……………………………………………

Signature

Fait à ………………………

Le …………………………