**DEMANDE D’EXERCICE DES ACTIVITES EN TELETRAVAIL**

*(le cas échéant, qui annule et remplace la précédente décision du : )*

**Références :**

**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 ;**

**Accord-cadre du 13 juillet 2021 relatif à la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique ;**

**Accord du 23 février 2022 relatif à la mise en œuvre du télétravail aux ministères de la Transition écologique, de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, et de la Mer.**

***Identification de l’agent***

Civilité : Monsieur Madame

NOM, Prénom :

Catégorie : A B C Modalité ARTT : 36H 37H 38H30

Autre, précisez :

Corps: Grade :

Service :

Fonctions :

Date prise de poste : Temps partiel : 50% 60% 70% 80% 90%

***Modalités de télétravail demandées***

**• Jour(s) de télétravail fixe(s), hebdomadaire, mensuel**:

A hauteur de  jour(s) par semaine, ou par mois

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

**• Jour(s) de télétravail « flottant(s) »**

Nombre de jours : par semaine , par mois , par an

Horaires auxquels l’agent peut être joint : entre et , le matin /

entre et , l’après midi

Date de prise d’effet :

**Adresse du lieu d’exercice du télétravail**  
Domicile :

Autre lieu :

**En cas d’exercice du télétravail au domicile ou dans un lieu privé**

**Je déclare sur l’honneur que la prise à laquelle l’ordinateur sera branché est protégée par un interrupteur différentiel calibré à 30 mA et par un disjoncteur ce qui me permet ainsi d’exercer mon activité professionnelle dans toutes les conditions de sécurité.**

Je dispose d’un abonnement internet : oui non

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification des activités exercées en télétravail** | |
| Activités télétravail | Logiciels utilisés |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Fait à : le : Signature :

**Avis du supérieur hiérarchique (n+1) ayant conduit à l’entretien**

NOM, prénom :

Service :

Date de l’entretien :

Avis du supérieur hiérarchique :

Favorable Partiellement défavorable (à motiver) Défavorable (à motiver)

Fait à le Signature

**Période d’adaptation :** Oui Non

**Durée :** mois (maximum 3 mois)

**Décision du directeur ou du chef de service**

NOM, prénom :

Service :

**Modalités de télétravail**

**• Jour(s) de télétravail fixe(s), hebdomadaire, mensuel :**

A hauteur de jour(s) par semaine, ou par mois

Lundi  Mardi Mercredi  Jeudi  Vendredi

**• Jour(s) de télétravail « flottant(s) »**

Nombre de jours : par semaine, par mois, par an

Horaires auxquels l’agent peut être joint : entre et , le matin /

entre et , l’après midi

Date de prise d’effet :

**Décision du directeur ou du chef de service**:

Favorable Partiellement défavorable (à motiver) Défavorable (à motiver)

Fait à le Signature