

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE TELETRAVAIL

(à adresser au responsable hiérarchique direct / copie à la cheffe du service des ressources humaines et à la cheffe du service informatique de l'EnsAD)

### DEMANDEUR

Nom et prénom : .....

Fonction : .....

Statut : .....

Grade : .....

Service : .....

Adresse du lieu de travail : .....

.....

Nom et fonction du responsable hiérarchique direct :

.....

### DETAIL DE LA DEMANDE

Motif de la demande :

Missions exercées en télétravail :

Documents et matériels appartenant à l'EnsAD susceptibles, ou non, d'être sortis de l'établissement et apportés par l'agent à son domicile :

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

**Lieu(x) de télétravail :**

- .....
- .....
- .....

**Horaires :** .....

**Modalités d'organisation souhaitée :**

Date d'effet souhaitée de la demande	À compter du .../.../.....	
Jours de télétravail souhaités	<input checked="" type="checkbox"/> Jours fixes	<input checked="" type="checkbox"/> jours flottants

**Moyens SI : Équipements spécifiques ou accès demandés**

Matériels ou logiciels spécifiques	
Ressources partagées : accès demandés	
Applications : accès demandés	
Équipements mobiliers et tout équipement individuel d'impression ou de reprographie	

Autres précisions : .....

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

**J'atteste sur l'honneur :**

- disposer sur mes lieux de télétravail d'une connexion internet
- disposer sur mes lieux de télétravail d'un espace de travail adapté permettant l'exercice du télétravail en conformité avec les normes de santé et sécurité en vigueur ;
- disposer sur mes lieux de télétravail d'une installation conforme aux spécificités techniques s'agissant des règles de conformité des installations électriques, des câbles de raccordement, d'éclairage et de sécurité incendie.

**SIGNATURE**

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du demandeur :

**VISAS**

**Avis du responsable hiérarchique direct après entretien avec l'agent :**

Favorable      Défavorable

Motivation si l'avis est défavorable :

.....

Durée de la période d'adaptation si l'avis est favorable (3 mois maximum) :

.....

Fait à ....., le..... / ..... / .....

Signature et cachet :

**Avis du service informatique compétent sur la faisabilité technique :**

Sans restriction      Avec restrictions

État des infaisabilités techniques / observations :

.....

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature et cachet :

**Décision de l'autorité hiérarchique :**

Oui      Non

Motivation si refus :

.....

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature et cachet :

Début du télétravail le : ..... / ..... / .....