

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE TELETRAVAIL

Pour être prise en compte cette demande doit être dûment complétée et signée par le responsable de service et adressée au Service des Ressources humaines

Bénéficiaire de la demande

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction : _____

Temps de travail : _____

Modalités de télétravail souhaitées

Régulier

Ponctuel

Jour(s) (2 max.) :

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Pas de préférence

Fréquence (Exemple, 1 jour par semaine, 2 par mois, 15 par trimestre...)

Durée de l'autorisation :

1 mois

1 trimestre (durée maximale de la première demande)

1 semestre

1 an

Lieu de télétravail :

Domicile

Autre lieu privé

En cas de changement d'assurance ou si l'attestation transmise initialement ne couvre pas l'intégralité de la demande de renouvellement, merci de transmettre le complément d'attestation.

Activités télétravaillables (A remplir si changement)

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Date de la demande :

Signature de l'agent :

Mise en place (à co remplir avec le responsable)

Au choix :

Calendrier prévisionnel joint à la demande

Jour(s) fixe(s) Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Motivation si différent de la demande initiale de l'agent :

Date d'effet de la mise en œuvre :

Date de l'entretien préalable :

Accord du responsable de service

<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable Nom (<i>mention obligatoire en clair</i>) : Signature du responsable	Impact de la demande sur l'organisation du service et actions nécessaires à la mise en œuvre : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--

Transmission au service des ressources humaines le :