

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION DE TÉLÉTRAVAIL

La demande d'autorisation de télétravail doit être adressée au chef d'établissement avec l'ensemble des pièces demandées.

DATE DE LA DEMANDE :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'AGENT DEMANDEUR

Nom :
Prénom :
Courriel :
Fonction :
Adresse du lieu de télétravail : ☐ Domicile ☐ Autre, préciser :

Modalité d'exercice : ☐ Temps complet ☐ Temps partiel %
Nom du supérieur hiérarchique :

MOTIVATIONS DE L'AGENT

☐ Raison de santé, d'état de grossesse ou situation de handicap (si vous cochez cette case, adressez une copie de ce formulaire à drh.teletravail@ac-reunion.fr)

Motivation de la demande :

Aide : voir fiche d'auto-évaluation du télétravailleur – *Suis-je prêt à télétravailler ?*

DEMANDE DE L'AGENT

Organisation hebdomadaire :

Jours de télétravail souhaités
(trois jours maximum pour un temps complet, sauf dérogation)

☐ Lundi
☐ Mardi
☐ Mercredi

☐ Jeudi
☐ Vendredi

ou

Organisation mensuelle :

Nombre de jours souhaités
(douze jours maximum pour un temps complet, sauf dérogation)

DROITS ET OBLIGATIONS DE L'AGENT EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET SÉCURITÉ

L'agent doit fournir les documents suivants :

- Le formulaire d'auto-diagnostic de conformité du poste de travail,
- L'attestation de conformité relative aux risques électrique et incendie,
- Une attestation d'assurance multirisques habitation prenant en compte l'activité de télétravail à domicile,

Date :

Signature de l'agent :

CADRE RÉSERVÉ AU CHEF D'ÉTABLISSEMENT

Le chef d'établissement notifie à l'agent l'avis porté sur sa demande après un entretien avec celui-ci. Cet entretien doit permettre d'aborder la compatibilité de la demande avec les activités exercées au regard de l'arrêté du 6 avril 2018, des conditions d'exercice en télétravail et de la faisabilité de la réalisation des tâches à distance.

Avis du chef d'établissement

☐ **Avis Favorable**

Organisation hebdomadaire : jours de télétravail accordés

☐ Lundi
☐ Mardi
☐ Mercredi

☐ Jeudi
☐ Vendredi

ou

Organisation mensuelle : nombre de jours de télétravail accordés

Justification de la décision en cas de différence avec la demande :

☐ **Avis Défavorable**

Motivation du refus :

Date :

Nom :

Signature :

Voies et délais de recours

Dans un délai de deux mois à compter de la notification, la présente décision peut faire l'objet d'un recours :

- gracieux auprès de la rectrice de région académique (24 avenue Georges Brassens, CS 71003, 97743 Saint-Denis cedex 9),
- contentieux auprès du tribunal administratif (2 Ter rue Félix Guyon, 97400 Saint-Denis) ou via Télérecours (<https://citoyens.telerecours.fr>).