

**DEMANDE DE TÉLÉTRAVAIL FORMULÉE PAR L’AGENT**

**🞏 Refus à une demande initiale**

**🞏 Refus à une demande de renouvellement**

**🞏 Interruption du télétravail à l’initiative de la collectivité**

**CATÉGOR**I**E**  🞎 A 🞎 B 🞎 C

**COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE**

Références :

• Décret n° 89-229 du 17 avril 1989 : article 37-1 III

 • Décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature

Rappel :

L’article 2 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016 dispose que « le télétravail désigne toute forme d’organisation du travail dans laquelle les fonctions qui auraient pu être exercées par un agent dans les locaux de son employeur sont réalisées hors de ces locaux de façon régulière et volontaire en utilisant les technologies de l’information et de la communication ».

Le télétravail exige une présence sur son lieu d’affectation au minimum deux jours par semaine. Ce qui signifie que le télétravail ne peut être exercé plus de trois jours par semaine.

En cas de refus de l’autorité territoriale de l’octroyer, de le renouveler, ou en cas d’interruption à l’initiative de la collectivité, la commission doit être saisie.

COLLECTIVITÉ : …………………………………………………………………………………………………………......

ADRESSE COURRIEL …………………………………………………………………………………………………………

AGENT

NOM PATRONYMIQUE : …………………………………………………………………………………………………

NOM D’USAGE : ……………………………………………………………………………………………………….......

PRÉNOM : …………………………………………………………………………………………………………………......

DATE DE NAISSANCE : …../…../……. à ……………………………………………………………….........

ADRESSE POSTALE : …………………………………………………………………………………………………………

***SITUATION ACTUELLE DE L’AGENT***

CATÉGORIE 🞎 A 🞎 B 🞎 C

GRADE OCCUPÉ : …………………………………………………………………………………..……………………………….

INDICE BRUT – INDICE MAJORÉ : ………………………………………………………………………………………………………………

ANCIENNETÉ TOTALE (dans la collectivité) : ……………………………………………………………………………………………………………….

**S’agit-il ?**

**□ Un refus suite à une demande initiale**

**□ Un refus suite à une demande de renouvellement**

**La saisine est faite sur demande de l’agent □ OUI □ NON**

**□ Transmise par l’agent**

**□ Transmise par l’autorité territorial**

**PIÈCES À FOURNIR**

🞎 FICHE DE POSTE

🞎 DÉLIBERATION FIXANT LES MODALITÉS DE TÉLÉTRAVAIL

🞎 COPIE DE LA DEMANDE INITIALE DE L’AGENT D’AUTORISATION D’EXERCICE DES FONCTIONS EN TÉLÉTRAVAIL MENTIONNANT LA DATE D’EFFET, LA DURÉE ET LES MODALITÉS D’ORGANISATION SOUHAITÉES, LIEUX D’EXERCICE DU TÉLÉTRAVAIL

🞎 COPIE DU REFUS OPPOSÉ PAR LA COLLECTIVITÉ À LA DEMANDE DE L’AGENT

**🞎** TOUT ÉLÉMENT D’INFORMATION UTILE

**À DÉFAUT DE TRANSMISSION DE L’ENSEMBLE DES PIÈCES OU ENVOI DES ÉLÉMENTS APRÈS LA DATE LIMITE, LE DOSSIER NE POURRA ÊTRE PRESENTÉ EN SÉANCE.**

**CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE GESTION**

**Avis de la Commission Administrative Paritaire – SÉANCE DU ….../…..../………**

🞎 AVIS FAVORABLE

🞎 AVIS DÉFAVORABLE

***Visa de l’Autorité Territoriale :***

Fait à :

Le : ….../……./…………..

Signature