Formulaire remplissable

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TÉLÉTRAVAIL

PARTIE 1 / 2 DEMANDE

DEMANDEUR

NOM et prénom :	
Fonction :	
Service :	
Lieu(x) du télétravail (adresse(s) complète(s)) :	

DÉTAIL DE LA DEMANDE

Demande à télétravailler à compter du : 01 / / (*au 1er jour du mois)*

Activités télétravaillées souhaitées et quotité hebdomadaire :

Le demandeur possède un accès internet personnel ☐ **oui** ☐ **non**

Si non, le demandeur est prêt à se doter d'un accès internet personnel ☐ **oui** ☐ **non**

Préciser le ou les jours souhaités de télétravail *:*	☐ Lundi	☐ Jeudi
	☐ Mardi	☐ Vendredi
	☐ Mercredi	
Plages horaires pendant lesquelles le salarié/agent pourra être contacté (indicatif)	☐	
Demande de matériel (cf. Accord télétravail point 8.2.2)	☐	

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Le demandeur atteste sur l'honneur que son domicile comporte un espace de travail dédié et adapté répondant aux règles de sécurité électrique et permettant un aménagement optimal du poste de travail informatique. Il atteste avoir pris connaissance des règles de cadrage du télétravail précisées dans la NDS-20-G-2091 et qui s'imposent à lui et être assuré pour l'exercice de son activité professionnelle sur son lieu de télétravail. Il s'engage à utiliser le matériel informatique qui lui est confié dans le respect des règles en vigueur en matière de sécurité des systèmes d'information définies dans la charte Charte utilisateurs du système d'information de l'ONF disponible sur Intraforêt : (http://intraforet.onf.fr/dg/df/sommaire/charte_des_utilisate-01/IF0000042363/IF0000042364.pdf)

Date :

Signature du demandeur :

PARTIE 2 / 2 RÉPONSE ONF

DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE

NOM et prénom :	
Fonction :	

Date : **Signature :**

RÉPONSE (1 mois à compter de la date de réception de la demande)

Avis N+ 1 sur la demande à télétravailler:	☐ Favorable ☐ Défavorable
En cas de refus, préciser les motifs :	☐demandeur en période de stage ou d'essai ☐apprenti, stagiaire, contrat de professionnalisation ou autre ☐activités incompatibles avec le télétravail (*préciser dans la case commentaire*) ☐fonctionnement du service et/ou configuration de l'équipe incompatible (*préciser dans la case commentaire*) ☐autonomie insuffisante du demandeur ☐autres ((*préciser dans la case commentaire*)
Commentaires :	
Matériel mis à la disposition de l'agent/salarié	
Durée de la période d'adaptation[1]	
Conditions de réversibilité[1]	

SIGNATURE

NOM et prénom du signataire responsable :

Date :

Signature du responsable N + 1:

VALIDATION SERVICE RH

Demande à télétravailler:	☐ Acceptée ☐ Refusée

Nom et prénom du signataire chef de service RH :

Date :

Signature du chef de service RH:

☐ Remis en mains propres au demandeur

[1] Si différent des dispositions de l'accord