

FICHE DE CANDIDATURE TELETRAVAIL

Informations relatives à l'agent :

NOM – Prénom :

Grade – Fonction :

Pôle/Service :

Trajets domicile/travail :

Lieu de résidence familiale :

Lieu de travail (résidence administrative) :

Distance domicile/travail :

Temps de trajet quotidien aller et retour :

Mode de transport habituel :

Projet de l'agent :

Pour quelles raisons envisagez-vous de télétravailler ?

.....

.....

Modalités de télétravail envisagées par l'agent :

Descriptif des activités de l'agent :

-Activités détaillées à réaliser dans le cadre du télétravail -% estimé dans le profil de poste :

.....

.....

.....

.....

.....

-Activités incompatibles avec le télétravail -..... % estimé dans le profil de poste :

.....

.....

.....

.....

.....

Ressources Informatiques :

Quels sont les applicatifs bureautiques ou métiers dont vous aurez besoin en situation de télétravail ?

☐ Ordinateur Logiciels : ☐ Excel ☐ Word ☐ Outlook

Autre.....

Perception du télétravail

- ✓ Je sais travailler seul(e) chez moi aussi efficacement que sur mon poste de travail
OUI ☐ NON ☐
- ✓ Je suis autonome et sais prendre des initiatives
OUI ☐ NON ☐
- ✓ Je suis disponible et réactif (ve)
OUI ☐ NON ☐
- ✓ Je respecte les délais qui me sont demandés
OUI ☐ NON ☐
- ✓ Je suis organisé(e), je sais planifier et hiérarchiser mes tâches
OUI ☐ NON ☐
- ✓ Je suis conscient (e) que mon organisation entre jours travaillés et jour(s) télétravaillé(s) pourrait être modifiée en fonction des impératifs supérieurs du service, et je suis capable de m'y adapter facilement
OUI ☐ NON ☐
- ✓ Je ne crains pas l'isolement, en travaillant seul(e) chez moi
OUI ☐ NON ☐
- ✓ Je pense être capable de maintenir de bonnes relations professionnelles avec mes collègues et mon supérieur même en situation de télétravail
OUI ☐ NON ☐
- ✓ Je suis capable d'effectuer efficacement mes tâches avec un suivi direct limité de mon supérieur hiérarchique
OUI ☐ NON ☐

Capacité de l'agent à travailler depuis son domicile

- possibilité d'installer au domicile un bureau isolé du reste de la maison
☐ oui ☐ non
- conformité de la connexion Internet au débit et ligne téléphonique fixe
☐ oui ☐ non
- conformité de l'installation électrique
☐ oui ☐ non

Forme du télétravail souhaité :

➤ Pour le télétravail fixe :

Nombre et jour(s) de la semaine/du mois souhaité(s) pour le télétravail.

Le nombre de jours est limité à 2 jours par mois, à l'exception de ces situations :

- Pour des agents dont l'état de santé ou le handicap le justifient et après avis du service de médecine préventive ou du médecin du travail et ce, pour 6 mois maximum. Cette dérogation est renouvelable une fois par période d'autorisation du télétravail, après avis du service de médecine préventive ou du médecin du travail.
- Pour les femmes enceintes.
- Pour les agents éligibles au congé de proche aidant, pour une durée de 3 mois maximum. Cette dérogation est renouvelable.
- Lorsqu'une autorisation temporaire de télétravail a été demandée et accordée en raison d'une situation exceptionnelle perturbant l'accès au service ou le travail sur site.

☐ 1/2 jour par semaine

☐ 2 jours par mois

Préciser :

Date de mise en place souhaitée :

➤ OU Pour le télétravail ponctuel « forfaitaire »:

Nombre de jours flottants de télétravail par an souhaités.

Le nombre de jours est limité à 20 jours par an, à l'exception de ces situations :

- Pour des agents dont l'état de santé ou le handicap le justifient et après avis du service de médecine préventive ou du médecin du travail et ce, pour 6 mois maximum. Cette dérogation est renouvelable une fois par période d'autorisation du télétravail, après avis du service de médecine préventive ou du médecin du travail.
- Pour les femmes enceintes.
- Pour les agents éligibles au congé de proche aidant, pour une durée de 3 mois maximum. Cette dérogation est renouvelable.

Préciser le nombre de jours :

Date de mise en place souhaitée :

☐ **Je déclare avoir pris connaissance des documents de cadrage du télétravail : délibération, charte d'expérimentation et**

Date..... et signature de l'Agent

Avis du responsable hiérarchique sur :

- la nature de l'activité permettant le travail à distance,
- la responsabilisation de l'agent sur son poste,
- l'organisation du temps télétravaillé,
- la date de mise en place préconisée.

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

Date..... et signature

Avis motivé de la Direction Générale des Services/l'Autorité Territoriale :

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

Date de mise en place du télétravail :

Date..... et signature