

 DRH/DAM	Procédure	Référence : RH-CARRI-P-028
	FORMULAIRE DE DEMANDE DE TELETRAVAIL	
		Date de diffusion : 07/07/2021

Objectif & Domaine d'application

Ce document à compléter est obligatoire afin de pouvoir demander l'autorisation d'effectuer ses fonctions en télétravail.

Responsabilités

Ce document s'adresse à tous les professionnels médicaux et non médicaux souhaitant bénéficier du télétravail.

I. Description – méthodologie

Nom :	Prénom :	Service :
Métier :	Statut (titulaire, stagiaire, CDD, CDI) :	Quotité de temps de travail :%
Période souhaitée (limitée à 12 mois) : du / / au / /	Adresse du lieu d'exercice en télétravail :	Je dispose d'une connexion internet adaptée : OUI / NON
Je travaillerai (et/ou) : <input type="checkbox"/> A partir de matériel personnel (PC, souris, écran, clavier...) <input type="checkbox"/> A partir de matériel professionnel (PC, souris, écran, clavier...)	Nombre de jours de télétravail demandés par semaine : <i>NB : 3 jours maximum pour un temps plein, 2.5 jours par semaine à 90%, 2 jours à 80%, 1.5 jours à 70%, 1 jour à 60%, 0.5 jours à 50%, le nombre de jours travaillés sur site ne pouvant être inférieur à 2 jours par semaine. Tous les jours pris sont dits « flottants » et posés à la semaine.</i>	Horaires sur lesquelles je serai joignable : <i>NB : au minimum 7h30 par jour et obligatoirement de 9h-12h / 14h-17h</i>
Période d'adaptation souhaitée : OUI / NON		
Activités télétravaillées, à détailler : - - - - -		
Attestation sur l'honneur <input type="checkbox"/> J'atteste sur l'honneur que mon 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. <input type="checkbox"/> Je m'engage à utiliser le matériel informatique dans le respect des règles en vigueur en matière de sécurité des systèmes d'information définies dans la charte de sécurité des systèmes d'information. <input type="checkbox"/> Je m'engage à ce que les informations que je traite à mon domicile demeurent confidentielles et ne soient pas accessibles à des tiers. <input type="checkbox"/> Je m'engage à respecter la confidentialité des informations obtenues ou recueillies dans le cadre de mon travail et à ne pas les utiliser à des fins personnelles.		
A Saumur le,		Signature du demandeur :

Votre demande :

1. **Est à présenter, avec le présent formulaire rempli (et le questionnaire d'évaluation pour travailler à distance ci-dessous), à votre responsable qui va vous rencontrer en entretien, afin de :**
 - De rappeler les objectifs du télétravail et ce qu'il implique, pour l'agent et pour l'établissement ;
 - De déterminer les conditions et les mesures concrètes d'organisation, gage de réussite du télétravail : tâches confiées, impact sur le service, compétences requises, outils à mettre à disposition, quotité télétravaillée, identification de jours en télétravail, période d'adaptation, horaires de travail pendant lesquels vous pouvez être joint.
2. **Après l'entretien, votre responsable va prendre une décision partagée avec ses responsables d'accord ou de refus d'autorisation de télétravail (délai d'un mois) et en saisira la DRH.**
3. **La Direction des Ressources Humaines prendra une décision d'autorisation sur la base de l'accord de vos responsables**, pour une durée de 12 mois maximum et vous la notifiera par courrier. Un kit de télétravail vous sera également adressé.
4. Possibilité d'une période d'adaptation de 3 mois maximum des modalités de votre télétravail, par dialogue avec votre responsable ; dans ce cas, une nouvelle décision sera prise par la DRH pour correspondre aux modalités adaptées.

Si votre demande n'est pas validée par la DRH-DAM, vous pouvez :

- informer la DRH de votre renonciation au télétravail.

Ou

- demander un entretien avec l'autorité hiérarchique (recours gracieux)
- déposer, après l'entretien avec l'autorité hiérarchique et réponse négative, une demande devant la Commission Administrative (titulaires) ou Consultative (contractuels) paritaire ; et CME pour les médecins

*

FORMULAIRE D'AUTO-EVALUATION AVANT DEPART EN TELETRAVAIL

Afin de finaliser votre demande de télétravail, il est nécessaire pour chaque agent d'auto-évaluer ses conditions de départ en télétravail. Ce questionnaire permet au futur télétravailleur de faire un point général pour s'assurer que le travail à son domicile réponde aux conditions prévues par la réglementation, que son environnement rend le travail possible et de vérifier les conditions techniques de réalisation de ses missions. Ce questionnaire sert ensuite de base d'échange entre le futur télétravailleur et son responsable. Enfin, il permet à l'établissement, responsable en tant qu'employeur, de vérifier qu'une réflexion a été conduite par le cadre et l'agent sur le télétravail et que les conditions de travail à domicile répondent aux exigences réglementaires du télétravail.

	OUI	Plutôt oui	Plutôt non	NON
MES MISSIONS				
Mes responsabilités et mes missions me permettent d'effectuer une partie de mes activités en-dehors de mon site de travail				
Je peux m'absenter du site principal pour réaliser certaines de mes missions				
Mes réunions et contacts professionnels peuvent se gérer par des moyens de communication à distance ou peuvent être concentrés sur mes journées de travail sur site				
MON ESPACE ET MES OUTILS DE TELETRAVAIL				
Je dispose d'un espace dédié au télétravail, au calme et isolé				
Cet espace est assez spacieux pour y installer mon équipement de travail				
Je dispose d'une connexion internet haut débit				
Je dispose d'une possibilité d'être joint par téléphone				
Mes installations électriques sont conformes aux normes exigées par mon employeur				
Je dispose d'un ameublement adapté au travail				
MA SITUATION PERSONNELLE				
Je risque d'être dérangé quand je travaille chez moi				
Les membres de ma famille respectent mon environnement de télétravail et acceptent que je travaille à domicile				
Si j'ai des enfants en bas âge, je dispose d'un mode de garde me permettant de travailler en toute sérénité				
MES MOTIVATIONS POUR LE TELETRAVAIL				
Je souhaite réduire mon temps de trajet quotidien				
Je souhaite mieux concilier mes temps de vie personnelle et professionnelle				
Je souhaite bénéficier de plus d'autonomie dans l'organisation de ma journée de travail				
Une partie de mes missions demande une concentration qui sera favorisée par un environnement de travail dédié au télétravail, au calme et isolé				
Autre (à préciser) :				
MON APTITUDE AU TELETRAVAIL				
je sais travailler seul chez moi de manière efficace, comme sur mon lieu de travail				
Je suis autonome dans mon travail à distance (suivi limité du responsable)				
Je suis disponible et réactif en télétravail				
Je respecte les délais qui me sont demandés				
Je suis organisé dans mon travail				
Je suis conscient que mon organisation entre jours travaillés et jours télétravaillés pourrait être modifiée en fonction des impératifs supérieurs du service, et je suis capable de m'y adapter facilement				
Je pense être capable de maintenir de bonnes relations professionnelles avec mes collègues et mon supérieur en situation de télétravail				
Je suis à même de me fixer des périodes de travail à domicile et de les respecter				
Je rends régulièrement compte de l'avancement de mon travail à mon supérieur hiérarchique				
J'arrive à gérer mon temps de travail de manière à fixer une frontière entre vie personnelle et vie professionnelle				

Avis motivé de l'encadrement sur la demande initiale de télétravail de l'agent

Date de l'entretien d'examen de la demande :

Nom du Responsable Hiérarchique de l'agent/chef de service :

Avis Favorable ☐Avis Défavorable ☐Motivation (refus) :

Nom du Responsable Hiérarchique du responsable de l'agent (N+2)/chef de pôle :

Avis Favorable ☐Avis Défavorable ☐Motivation (refus) :

Nom du Directeur Fonctionnel/ Président de CME :

Avis Favorable ☐Avis Défavorable ☐Motivation (refus) :**Avis de la Direction des Ressources Humaines :**

Date d'examen de la demande par la Direction des Ressources Humaines :

Accord ☐ OUI ☐ NON

A compter du :

☐ période d'adaptation prévue : ☐ oui ☐ non

Jusqu'au :

☐ durée :Motivation :**II. Lien vers d'autres documents :**

RH-CARRI-EN-001 : PROTOCOLE DE TELETRAVAIL

RH-CARRI-P-029 : KIT D'ERGONOMIE DU TELETRAVAIL