

Annexe 2

Demande d'accès au télétravail

Nom et Prénom : _____ No employé : _____

Titre d'emploi : _____ Statut : TP TC OCC

Direction : _____ Service : _____

Port d'attache : _____

Nom du supérieur immédiat : _____

Date de la demande : _____

Modèle de télétravail

Intégral

Partiel (cochez les journées en télétravail ou indiquez le nombre de jours/semaine)

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

Nombre de jours / semaine :

Mobilité

Réservé au supérieur immédiat :

Après analyse des tâches de mon employé, j'autorise _____ à faire du télétravail à partir du _____.

Signature de l'employé : _____

Signature du gestionnaire : _____

L'employé utilisera son matériel personnel

L'employeur fournira le matériel :

Numéro d'ordinateur : _____

Clavier

Souris

Écran

Autre : _____