**S**

**ERVICE DEPARTEMENTAL**

**D**

**’**

**INCENDIE ET DE SECOU**

**RS DES**

**A**

**LPES DE**

**H**

**AUTE**

**-**

**P**

**ROVENCE**

avenue Henri Jaubert

95

-

CS 39008

-

04990

D

IGNE

-

LES

-

B

AINS

cedex 9

[www.sdis04.f](http://www.sdis04.fr/)

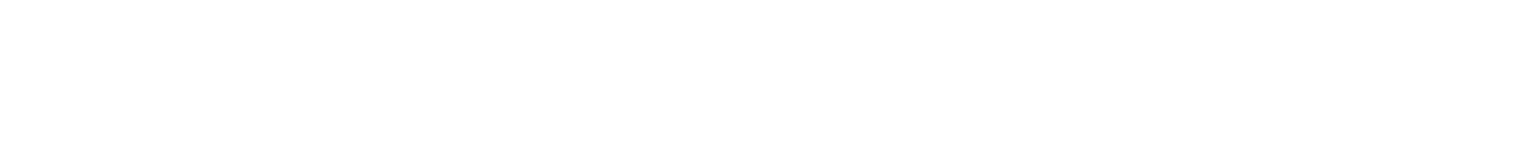
[r](http://www.sdis04.fr/)

[-](http://www.sdis04.fr/)

contact

@sdis04.fr

1



TELETRAVAIL

Formulaire de candidature

**PARTIE A REMPLIR PAR L’AGENT**

NOM – PRENOM DE L’AGENT :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

GROUPEMENT / COMPAGNIE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

SERVICE : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NOM DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

ADRESSE : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

LIEU DE TRAVAIL : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ELEMENTS PERSONNELS :- TEMPS DE TRAVAIL**

🞏 Je suis à temps complet (100 %) sur 5 jours par semaine

🞏 Je suis à temps partiel :

Quotité ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Organisation de la semaine de travail : ………………………………………………………………………………………………………………

**EQUIPEMENT PROFESSIONNEL ACTUEL**

🞏 ordinateur portable 🞏 double écran à mon bureau

🞏 ordinateur fixe 🞏 Téléphone fixe

**POUR TELETRAVAILLER, VOUS PREFEREZ**

🞏 à votre domicile (adresse complète) ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Description du lieu d’exercice du télétravail à domicile :

🞏 pièce réservée au télétravail (bureau, annexe)

🞏 pièce de vie non partagée pendant les horaires de télétravail

🞏 pièce de vie partagée pendant les horaires de télétravail (décrire les conditions du télétravail dans ce cas)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

🞏 sur un site distant : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**JOURS DE TRAVAIL A DISTANCE :**

2 jours maximum par semaine pour une personne à temps complet,

2 jours maximum par semaine pour une personne à 90 %

1.5 jours maximum par semaine pour une personne à 80 %

1.5 jour maximum par semaine pour une personne à 70 %

1 jour maximum par semaine pour une personne à 60 %

0.5 jour maximum par semaine pour une personne à 50 %

🞏 Nombre et jours demandés sur la semaine : ……………………………………………

🞏 je n’ai pas de préférence de nombres de jours et laisse le choix à mon supérieur

🞏 je n’ai pas de préférence sur les jours et laisse le choix à mon supérieur

🞏 je demande un volume de jours flottants (faire une proposition sur un mois) : …………………………………..

**DEMANDES DE TELETRAVAIL**

Demande de travail à distance :

🞏 Dès que possible

🞏 A compter du : ………………………………………………………

Activités travaillées à distance souhaitées (missions – tâches) ………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**CAPACITE ESTIMEE DE L’AGENT AU TELETRAVAIL A DISTANCE (AUTOEVALUATION)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cocher la case correspondant à votre situation | Bon | Moyen | Besoin en formation |
| Capacité à organiser mon travail |  |  |  |
| Capacité à utiliser seul(e) un poste informatique |  |  |  |
| Capacité à travailler seul(e) depuis le lieu de travail à distance |  |  |  |

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

Je déclare sur l’honneur que les informations mentionnées ci-dessus sont exactes.

Je remets à mon supérieur hiérarchique :

Le formulaire ci-joint complété,

l’attestation sur l’honneur ci-jointe,

Je prévois un entretien avec mon supérieur hiérarchique

**FAIT A ………………………………………………………. LE**

**SIGNATURE DE L’AGENT**

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR POUR LE TELETRAVAIL A DOMICILE**

Je sousssigné(e)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Demeurant ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….

Atteste sur l’honneur que je possède :

* Une installation électrique conforme et entretenue,
* Une attestation d’assurance multirisques habitation incluant l’exercice du télétravail à domicile ( à remettre avec le dossier de candidature)
* Une couverture haut débit à internet, ADSL ou fibre,
* Un espace de travail adapté, assurant de bonnes conditions d’ergonomie,

J’atteste sur l’honneur que je m’engage à suivre la formation prévue concernant le télétravail.

FAIT POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT

FAIT A ………………………………………………………………………. le

Signature de l’agent

**PARTIE A REMPLIR PAR LE SUPERIEUR HIERARCHIQUE**

**A remplir avant ou pendant l’entretien avec l’agent**

NOM – PRENOM DE L’AGENT :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

GROUPEMENT / COMPAGNIE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

SERVICE : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NOM DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

LIEU DE TRAVAIL : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**MISSIONS et TACHES POUVANT FAIRE L’OBJET DE TELETRAVAIL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Missions – tâches | Télétravail possible | | | Contraintes techniques | Remarques |
| ***Oui*** | ***Partiellement*** | ***Non*** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**EVALUATION DES COMPETENCES DE L’AGENT PAR LE RESPONSABLE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | A améliorer |
| L’agent est autonome |  |  |  |
| L’agent sait travailler seul |  |  |  |
| L’agent sait organiser son travail |  |  | A |
| L’agent a un bon niveau de communication avec son équipe |  |  |  |
| L’agent a un bon niveau de communication avec son supérieur |  |  |  |

Commentaires :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**AVIS**

🞏 AVIS POSITIF 🞏 AVIS NEGATIF

MOTIVATIONS **(obligatoires si négatif)** ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Si l’avis est positif :

Jours de travail à distance validé :

🞏 lundi 🞏 mardi 🞏 mercredi 🞏 jeudi 🞏 vendredi

Lieu d’exercice du travail à distance validé :

🞏 au domicile de l’agent (indiquer l’adresse complète)………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

🞏 à un bureau distant : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date d’autorisation de travail à distance validée :

🞏 dès que possible 🞏 à compter du : …………………………………………………………………..

**SIGNATURES**

Fait à ………………………………. Le

|  |  |
| --- | --- |
| Signature de l’agent | Signature du supérieur hiérarchique, |
| Signature de l’autorité territoriale | |