

## Expérimentation du télétravail dans les services académiques de Grenoble



Formulaire de candidature au télétravail à retourner à la DIPER A

### Identité de l'agent

Nom :	Prénom :
Adresse personnelle :	
Corps :	Grade :

### Affectation administrative

Direction/Service :			
Bureau :			
Fonction occupée :			
Adresse administrative :			
Date de prise de poste :			
Temps partiel :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Quotité : %

### Identification des tâches susceptibles d'être exercées en télétravail

--

### Modalités envisagées

<b>Fréquence du télétravail</b> : indiquer le ou les jours				
<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi
Si demi-journée, précisez :				
<b>Lieu de télétravail</b>				
<b>Télécentre</b> : précisez lequel				
<b>Domicile susmentionné</b> :				
Dans ce lieu :				
Je dispose d'un espace dédié au télétravail, me permettant de réaliser mes tâches dans de bonnes conditions :				
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Je dispose d'une connexion Internet haut débit :				
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Test à effectuer sur l'URL : <a href="http://zephir.ac-grenoble.fr/speedtest/">http://zephir.ac-grenoble.fr/speedtest/</a>				

**Equipement**

Je dispose déjà d'un ordinateur portable fourni par l'administration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'agent

**Identité du supérieur hiérarchique ayant conduit l'entretien**

Nom :	Prénom :
Fonction :	
Direction/Service :	
Bureau :	
Date de l'entretien :	

**Avis du supérieur hiérarchique**

<input type="checkbox"/> Demande acceptée :
<input type="checkbox"/> Demande acceptée sous réserve des conditions suivantes : ..... .....
<input type="checkbox"/> Demande refusée pour les motifs suivants : ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du responsable hiérarchique

**Décision du chef de service/division/ secrétaire général pour les DSDEN**

Nom :	Prénom :
Fonction :	
Direction/Service :	
<input type="checkbox"/> Décision approuvée	
<input type="checkbox"/> Décision non approuvée. Motifs :	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

**Fait à** \_\_\_\_\_ **, le** \_\_\_\_\_

**Signature du chef de service/division/secrétaire général DSDEN**

