

**COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE**

***DOSSIER DE SAISINE***

|  |
| --- |
| **TÉLÉTRAVAIL:**  **Refus d'une demande de télétravail** |

|  |
| --- |
| **Référence juridique :**  *Article 20 du décret n°2016-1858 du 23 décembre 2016* |

Ce document d’information devra être transmis au CDG06 dûment signé par l’intéressé(e) accompagné des pièces demandées **UNIQUEMENT** par **COURRIEL** à [ccp@cdg06.fr](mailto:ccp@cdg06.fr)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pièces à joindre **impérativement** à ce document :   * Copie de la demande de télétravail formulée par l’agent à l’autorité territoriale, * Copie du courrier de refus motivé de l’autorité territoriale à l’agent, * Tout autre document jugé utile à l’appréciation des membres (ex : fiche de poste, organigramme, compte-rendu d’entretien professionnel de l’année N-1). | | |
| **Votre situation administrative :** | |
| Votre employeur : | |
| Nom de famille : | Nom marital : |
| Prénom : | Date de naissance : |
| Type de contrat : CDI  CDD  Nature du contrat :  Date d’entrée dans la collectivité :  Temps de travail : | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Historique des contrats :** | | | | |
| Début | Fin | Arrêté | Grade | DHS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Informations relatives à la demande de télétravail :** |
| Demande initiale Renouvellement Interruption à l’initiative de l’autorité territoriale  Date d’effet du télétravail demandée par l’agent :  Nombre de jours de télétravail demandé:  Le cas échéant, date de l’entretien avec l’agent :  Motivation du bénéfice de télétravail : |
|  |
| **Observations (le cas échéant) :** |
|  |

Fait à .......................................... le.....................

|  |  |
| --- | --- |
| NOM Prénom : |  |
| *Signature :* |  |