***DEMANDE D’AUTORISATION DE TRAVAIL A DISTANCE***

Entité :

Agent concerné :

M Mme Mlle :

(NOM, NOM D’EPOUSE, Prénom)

Statut / Catégorie :

N° Poste d’affectation :

Unité d’emploi au sein de l’entité :

Emploi occupé :

Contact :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| du : |  | Au : |  |

 Période sollicitée :

Activité et livrables attendus :

|  |  |
| --- | --- |
| ACTIVITES | LIVRABLE ATTENDUS |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Agent amene a encadrer des agents sur la periode ? Oui / Non

Mode de rendu-compte prevu :

Modalités de suivi sur la période :
fréquence :

équipements utilises sur la période :

L’agent bénéficiera-t-il d’un espace pour travailler sans etre derangé ? Oui / Non

 Chef de service
 *Signature et cachet*