

**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

|  |
| --- |
| 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 [ ]  CDDNature 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 :* |  |