|  |
| --- |
| ***L’article L 430-1 du CGFP  2ème alinéa :***  «Après concertation avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique, les modalités d’application du présent article sont fixées par décret en Conseil d’Etat, notamment celles concernant l’organisation du télétravail, et les conditions dans lesquelles la commission paritaires compétente peut être saisie par l’agent intéressé en cas de refus opposé à sa demande de télétravail ainsi que les possibilités de recours ponctuel au télétravail.  ***Décret n°89-229 du 17 avril 1989 relatif aux commissions administratives paritaires des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, art. 37-1, III :***  « Les CAP sont saisies, à la demande du fonctionnaire intéressé : 6° Des décisions refusant une demande initiale ou de renouvellement de télétravail formulée par le fonctionnaire en application de l'article 5 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature »  ***Décret n° 2016-151 du 11 février 2016 modifié relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature, art. 10 :*** *«*La commission administrative paritaire ou la commission consultative paritaire compétentes peuvent être saisies, par l'agent intéressé, du refus opposé à une demande initiale ou de renouvellement de télétravail formulée par lui pour l'exercice d'activités éligibles fixées par l'un des actes mentionnés à l'article 7 ainsi que de l'interruption du télétravail à l'initiative de l'administration**»** |

REFUS OPPOSÉ À UNE DEMANDE INITIALE DE TÉLÉTRAVAIL

REFUS OPPOSÉ À UNE DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE TÉLÉTRAVAIL

INTERRUPTION DU TÉLÉTRAVAIL A L’INITIATIVE DE L’ADMINISTRATION

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CAP compétente | CAP A | CAP B | CAP C |
| Nom de la collectivité (établissement) |  | | |
| Agent concerné | Nom :  Prénom :  Grade :  Date d’entrée dans la collectivité (établissement) :  Durée hebdomadaire de service : | | |
| Service |  | | |
| Poste occupé | Date de prise de fonctions :  Intitulé du poste : | | |
| Descriptif du poste *(missions, responsabilités, modalités d’exercice, etc.)* | *A ne renseigner qu’en absence de la fiche de poste* | | |
| Période de télétravail déjà accordée dans la collectivité (établissement)  *(le cas échéant)* | Période :  Nombre de jours par semaine :  Activités éligibles au télétravail : | | |
| Documents à joindre | Copie de la demande de l’agent adressée à l’autorité territoriale sollicitant l’exercice du télétravail et précisant les modalités d’organisation souhaitées (durée, jours, lieu d’exercice, etc.)  Copie de la décision de l’autorité territoriale  Copie du courrier de l’autorité territoriale décidant de mettre fin au télétravail *(le cas échéant)*  Courrier de saisine de la CAP précisant les motifs de contestation de la décision de l’autorité territoriale  Copie de la délibération de la collectivité précisant les modalités d’application du télétravail | | |

A ........................................, le ..............................

Merci de transmettre ce document complété et signé, au format pdf accompagné des pièces justificatives par mail à :

[instances-paritaires@cdg86.fr](mailto:prevention@cdg.fr)

Cachet et signature de l’Autorité Territoriale,