

**SAISINE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE**

**REFUS OPPOSE A UNE DEMANDE DE TELETRAVAIL**

**Références juridiques :**

Article 37-1-III.6° du décret du 17 avril 1989

**Collectivité :** ……………………………………………………………………………………….

Courriel : ……………………………………………………………………………………………

Téléphone : ……………………………………

**Situation administrative de l’agent :**

Nom et Prénom : ……………………………………

Catégorie : ………… Grade : ……………………………… Echelon : …………………………..

Fonctions exercées : …………………………………………………………………………………

Coordonnées téléphoniques + mail : ………………………………………………………………..

##### PIÈCES A JOINDRE :

**❑ Courrier de saisine de l’agent.**

**❑ Courrier de l’autorité territoriale refusant une demande initiale ou de renouvellement de télétravail formulée par l’agent,**

**❑ Copie de la délibération de la collectivité précisant les modalités d’application du télétravail,**

##### NOM - DATE ET SIGNATURE DE L’AGENT

*Rappel : les dossiers de saisine de la CAP doivent* ***parvenir*** *au CDG 2 semaines avant la séance. Ils peuvent être envoyés par mail :* *romain.bouat@cdg-12.fr*

 *CDG12 - Maj 20/01/2023*