

**FORMULAIRE AGENTS DU SIEGE**

DEMANDE D’ELOIGNEMENT DU SERVICE DANS

LE CADRE DU DISPOSITIF LIE AU COVID-19

Votre demande doit être envoyée à la DRH service action sociale et temps de travail

(**tempora@bourgognefranchecomte.fr**)

- 4 Square Castan – 25 000 Besançon –

NOM : …………………………………………………….. Prénom : ……………………………………...

TITULAIRE  CONTRACTUEL  (durée :.........................)

Affectation : (Direction/Service du Siège et des Antennes)

………………………………………………………………………………………………………………………….

Résidence administrative (ville du lieu de travail) : ……………………………………………………………

Je souhaite bénéficier du dispositif d’incapacité temporaire à me rendre au travail, mis en place dans le cadre

de l’épisode épidémique Covid-19 que connait notre territoire actuellement, au titre (cochez la case

correspondant à votre situation) :

1. [ ]  Garde de mon/mes enfant.s (jusqu’à 16 ans ou sans limite d’âge pour enfant handicapé)
2. [ ]  En qualité de personne vulnérable (notamment cardiopathie, pathologie pulmonaire,pathologie inflammatoire, cancer), de femme enceinte ou de travailleur.euse handicapé.e
3. [ ]  J’ai les symptômes du Covid-19 ou je suis ou j’ai été dans les 15 derniers jours, en

contact direct avec un malade déclaré (famille proche)

1. [ ]  Mon/ma conjoint.e est requis.e pour travailler au titre des missions de santé

 **Ajouté par la CFDT au formulaire Région pour vous faciliter la vie :**

**Et vous pouvez compléter :**

[ ]  Tant que l’agent.e ne dispose pas des conditions pour exercer des missions en télétravail, il/elle est placé. en autorisation spéciale d’absence. Je suis dans ce cas.

[ ]  Je télétravaille

[ ]  Je suis dans une situation mixte : télétravail + une (ou plusieurs)des 4 situations ci-dessus j’ai cochée(s)

Je déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis dans la présente demande

Fait à : ………………………….., le …………………………

Signature