

**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