**Situation des personnels BIATSS de l’UNC dans le cadre des mesures de lutte contre la propagation du virus covid-19**

 Ces mesures sont applicables à compter du 7 septembre 2021 et jusqu’à la fin des restrictions d’accès au campus

|  |
| --- |
| **L’AGENT** |
| NOM Prénom |  |
| Service |  |
| Poste/fonctions |  |
| Quotité de travail |  |

|  |
| --- |
| **ORGANISATION PROPOSEE PAR L’AGENT** |
| Au regard de l’organisation du service, de mes missions, de ma situation personnelle et des équipements à ma disposition, je propose l’organisation suivante *(plusieurs choix peuvent être combinés)* : |
| [ ]  Présentiel (exceptionnel) | Indiquer les motifs qui justifient l’activité en présentiel : ………. |
| Indiquer les jours et horaires de présence au poste de travail sur le campus : ……. |
| Je m’engage à respecter les gestes barrières et les consignes de sécurité sur le campus :[ ]  NON [ ]  OUI  |
| [ ]  Télétravail | Indiquer les jours et horaires de télétravail : …………………………. |
| Je dispose à mon domicile :d’un ordinateur personnel : [ ]  NON [ ]  OUI d’un ordinateur mis à disposition par l’UNC : [ ]  NON [ ]  OUI d’une connexion internet (ADSL, Fibre, Pocket) : [ ]  NON [ ]  OUI d’un téléphone auquel je peux être joint (heures de service) : [ ]  NON [ ]  OUI (n° ……………..)d’un téléphone mis à disposition par l’UNC : [ ]  NON [ ]  OUI (n° ……………) |
| En télétravail, je m’engage à effectuer les tâches qui me sont confiées dans les conditions répondant aux exigences de sécurité, de confidentialité et de bien-être au travail : [ ]  NON [ ]  OUI  |
| [ ]  Autorisation exceptionnelle d’absence  | Indiquer les motifs qui ne vous permettent pas de travailler en présentiel ou en télétravail : ………….. |

En signant ce document, j’atteste sur l’honneur l’exactitude des informations données. Je m’engage à fournir à l’administration de l’UNC les documents et justificatifs nécessaires au contrôle de ces informations.

Date : ………………………………

Signature de l’agent :

|  |
| --- |
| **AVIS ET DÉCISION** |
| **AVIS DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE** | **NOM Prénom du supérieur : …………………………………………**[ ]  valide l’organisation proposée par l’agent.[ ]  ne valide pas l’organisation proposée par l’agent pour les motif suivants : Et propose que soit mise en place l’organisation suivante :Date : ……………..Signature :  |
| **DECISION DE L’ETABLISSEMENT** | **A compter du 7 septembre 2021 et jusqu’à la fin des mesures de restriction d’accès au campus :**[ ]  L’agent est autorisé à venir travailler en présentiel sur le campus dans les conditions validées ci-dessus ou dans les conditions suivantes :[ ]  L’agent est autorisé à télétravailler dans les conditions validées ci-dessus ou dans les conditions suivantes : [ ]  L’agent est placé en autorisation exceptionnelle d’absence dans les conditions validées ci-dessus ou dans les conditions suivantes :Commentaires particuliers : Date : Signature : |

Cette décision pourra être modifiée en fonction de la situation de l’agent, de sa capacité à télétravailler et de la pertinence d’assurer les missions en télétravail