

I. IDENTIFICATION DU REQUÉRANT

Nom	Prénom	No de matricule
Titre d'emploi	Code R03 (Citrix)	Téléphone
Nom du gestionnaire	Direction	Adresse du lieu de télétravail

II. DEMANDE DE TÉLÉTRAVAIL (À remplir par l'employé)

1. Conditions préalables

Oui Non

Je confirme que je dispose d'un environnement de travail adéquat, répondant aux normes de santé et de sécurité au travail et conforme aux bonnes pratiques ergonomiques afin de prévenir les blessures et accidents dans le cadre du télétravail :

J'ai une table de travail et une chaise ajustable avec support lombaire.

J'ai un environnement calme avec éclairage suffisant.

Je suis en mesure d'assurer la confidentialité des informations et discussions.

J'ai pris connaissance des outils d'ergonomie de santé et de sécurité disponibles.

J'accepte qu'une photo ou une rencontre vidéo puisse être requise pour vérifier mon environnement de travail.

Je confirme avoir lu les politiques suivantes :

[PO-51 - Politique relative au télétravail](#)

[PO-13 - Politique relative à la sécurité de l'information](#)

[PO-14 - Politique relative aux frais de déplacement et de séjour](#)

[PO-22 - Politique relative à la tenue de dossier de l'utilisateur et la protection des renseignements personnels](#)

[PO-32 - Politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail](#)

[PO-36 - Politique de gestion des accès aux actifs informationnels numériques](#)

Je confirme que j'ai accès à une connexion internet haute vitesse (10 Mb/s téléchargement descendant, 5 Mb/s ascendant).

Je comprends que je devrai assumer les frais liés à ma prestation de travail en télétravail (connexion Internet, électricité, chauffage, cartouches d'encre, ligne téléphonique, cellulaire, etc).

Je comprends que je devrai assurer le transport et l'installation du matériel qui m'est prêté à mon domicile.

Je comprends que la Direction des ressources financières (DRF) se réserve le droit de retenir sur la paie de l'employé la valeur des équipements non retournés, brisés ou en mauvais état. La valeur résiduelle des équipements sera évaluée par la Direction des ressources informationnelles (DRI).

Je comprends que malgré l'entente, ma présence peut être requise sur les lieux de l'organisation à la demande du gestionnaire ou du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

2. Modalités de télétravail souhaitées

Partiel	Fixe	# de jours souhaités	Lundi	Mardi	Merc.	Jeudi	Vend.	Sam.	Dim.
Complet	Variable		☐	☐		☐	☐	☐	☐

3. Engagement

Inscire vos initiales :

Je m'engage à respecter les règles et la politique portant sur le respect de la confidentialité dont le fait de verrouiller mon écran lorsque je m'absente de mon poste.

Je m'engage à respecter les modalités définies dans le présent formulaire en lien avec le respect du niveau de maintien des services et des modalités autorisées et entendues.

Je m'engage à déclarer tout accident de travail ou maladie professionnelle tel que le prévoit la procédure.

Je m'engage à déclarer toute situation dangereuse tel que le prévoit la procédure.

Je m'engage à maintenir le matériel dans un bon état de fonctionnement et d'en assurer la protection contre les bris, les vols ou tout autre dommage possible.

Je m'engage à rapporter l'équipement et le matériel prêtés par l'établissement pour des besoins de réparation si ma prestation en télétravail est interrompue ou si mon lien d'emploi avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale cesse.

Je m'engage à respecter toutes les politiques, directives et règles de la même manière que si j'effectuais ma prestation de travail en présentiel.

Je m'engage à prendre connaissance des outils de la section « Mon quotidien en télétravail » de la Zone CIUSSS de l'intranet.

III. MODALITÉS DE TÉLÉTRAVAIL (À remplir par le gestionnaire)											
1. Conditions préalables										Oui	Non
La nature de l'emploi de l'employé permet les modalités de télétravail.											
L'employé ne présente aucun facteur de risque associé au fait de travailler avec des contacts sociaux réduits.											
L'employé répond « oui » à l'ensemble des conditions préalables citées ci-dessus.											
Commentaires :											
2. Admissibilité de l'employé											
Oui, l'employé est admissible au télétravail (remplir la section 3).											
Non, l'employé n'est pas admissible au télétravail. Motif de refus:											
3. Modalités de télétravail											
Partiel	Fixe	# de jours autorisés	Lundi	Mardi	Merc.	Jeudi	Vend.	Sam.	Dim.		
Complet	Variable			☐	☐	☐	☐	☐	☐		
4. Lieu de travail autorisé											
Domicile		Lieu de télétravail (si différent de l'adresse du domicile) :									
Autre											

IV. PRÊT D'ÉQUIPEMENT

Équipement informatique

Tel que le prévoit la PO-51 Politique relative au télétravail, de l'équipement sera disponible aux employés se qualifiant pour le télétravail en fonction des règles suivantes:

- L'équipement sera attribué en fonction de la nature de la fonction et du requis de mobilité.
- Le présent formulaire de demande de télétravail et d'engagement devra être signé.
- Un seul équipement informatique sera disponible par employé.
- Les demandes d'équipement informatique en lien avec le télétravail doivent se faire par direction afin de respecter la capacité de déploiement et d'assurer une équité organisationnelle.
- Une fois que le portrait des besoins de votre direction sera réalisé, vous serez convié à un rendez-vous au comptoir Télétravail de la DRI pour venir récupérer votre matériel informatique.

Chaise ergonomique

Tel que le prévoit la PO-51 Politique relative au télétravail, une chaise ergonomique sera offerte à tout employé admissible au télétravail et travaillant à raison de 3 jours ou plus/semaine au lieu de télétravail désigné. L'accessibilité à la chaise ergonomique se fera en fonction des règles suivantes:

- Le présent formulaire de demande de télétravail et d'engagement devra être signé.
- Une seule chaise ergonomique sera disponible par employé au lieu de télétravail désigné.
- Les demandes de chaises ergonomiques en lien avec le télétravail doivent se faire par direction afin de respecter la capacité de déploiement du CIUSSSCN et d'assurer une équité organisationnelle.
- Une fois que le portrait des besoins de votre direction sera réalisé, une demande sera faite à la Direction logistique pour la préparation et la distribution des chaises ergonomique.

V. ATTESTATION

Je confirme que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes et complètes. Le gestionnaire immédiat est responsable de la conformité du présent formulaire. À moins d'indications contraires, ce formulaire est valide pour un (1) an à partir de la date de la signature et est renouvelé automatiquement à la date anniversaire.

Date effective de l'entente	Durée	Date de fin
Nom de l'employé	Signature	Date
Nom du gestionnaire	Signature	Date

Pour l'envoi de ce formulaire, veuillez cliquer sur le bouton approprié:

Pour une demande concernant un employé :

Pour une demande concernant un cadre :