

JUSTIFICATIF DE PRESENCE PROFESSIONNELLE

Je soussigné(e),

Nom et prénom du supérieur hiérarchique :

de (nom et prénom de l'agent) :

atteste que l'activité professionnelle de l'agent ne peut être différé ou est indispensable à l'exercice de ses fonctions qui ne peuvent être organisées sous forme de télétravail au sens du décret n°2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique.

et certifie que (nom et prénom de l'agent)

nécessite une présence professionnelle sur site les jours suivants :

<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> après-midi
<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> après-midi
<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> après-midi
<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> après-midi
<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> après-midi

Nom et cachet de l'employeur : **DEPARTEMENT DU NORD**

Fait à

Le

Signature du supérieur hiérarchique