

**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@bourgognefranche.comte.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 connaît notre territoire actuellement, au titre (cochez la case correspondant à votre situation) :

- Garde de mon/mes enfant.s (jusqu'à 16 ans ou sans limite d'âge pour enfant handicapé)
- En qualité de personne vulnérable (notamment cardiopathie, pathologie pulmonaire, pathologie inflammatoire, cancer), de femme enceinte ou de travailleur.euse handicapé.e
- 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)
- Mon/ma conjoint.e est requis.e pour travailler au titre des missions de santé

Tant que l'agent.e ne dispose pas des conditions pour exercer des missions en télétravail, il/elle est placé.e en autorisation spéciale d'absence.

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

Fait à :, le

Signature