

## ENTENTE DE TÉLÉTRAVAIL

IDENTIFICATION DU MEMBRE DU PERSONNEL	
NOM, PRÉNOM	
MATRICULE	
UNITÉ ADMINISTRATIVE	
TITRE DE FONCTION	
DATE DE DÉBUT DE L'ENTENTE	

MODALITÉS D'APPLICATION						
Complétez les champs applicables pour chaque période d'application demandée						
<b>PÉRIODE D'APPLICATION 1</b> Période de référence (horaire hebdomadaire) Identifiez les journées où le télétravail sera appliqué	Automne 20	Hiver 20	Été 20			
Période de référence (horaire hebdomadaire) Identifiez les journées où le télétravail sera appliqué	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
	Semaine 1	AM <input type="checkbox"/>				
	PM <input type="checkbox"/>					
	Semaine 2	AM <input type="checkbox"/>				
<b>PÉRIODE D'APPLICATION 2</b> Période de référence (horaire hebdomadaire) Identifiez les journées où le télétravail sera appliqué	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
	Semaine 1	AM <input type="checkbox"/>				
	PM <input type="checkbox"/>					
	Semaine 2	AM <input type="checkbox"/>				
<b>PÉRIODE D'APPLICATION 3</b> Période de référence (horaire hebdomadaire) Identifiez les journées où le télétravail sera appliqué	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
	Semaine 1	AM <input type="checkbox"/>				
	PM <input type="checkbox"/>					
	Semaine 2	AM <input type="checkbox"/>				
<b>Autres / commentaires</b>						

Lieux de télétravail			
Adresse #1			
Ville		Code postal	
No. de téléphone			
Adresse #2 (le cas échéant)			
Ville		Code postal	
No. de téléphone			

## Engagement et responsabilités du membre du personnel

Par la présente signature, je:

- Déclare avoir pris connaissance du *Programme de télétravail* ainsi que de ses annexes et je m'engage à les respecter.
- M'engage à maintenir les équipements fournis en bonne condition et à les rapporter, le cas échéant.
- M'engage à utiliser les équipements que pour les fins précisées à l'entente.
- Assume l'entièvre responsabilité de l'équipement en cas de perte, vol, vandalisme ou tout autre bris d'équipement par négligence et m'engage à prévenir le STI dans les meilleurs délais notamment afin d'assurer la sécurité informationnelle des données appartenant à l'UQO.
- M'engage à signaler tout incident ou accident à ma personne supérieure immédiate ainsi qu'à remplir le formulaire de déclaration.
- Reconnais que l'utilisation que je fais du matériel et du réseau informatiques de l'UQO ne doit pas être considérée comme confidentielle ou faisant partie de ma vie privée.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne salariée

\_\_\_\_\_  
Date de signature

## Équipement fourni par l'UQO pour le télétravail et apporté à domicile

Ordinateur portable     Écran     Clavier     Souris     Casque d'écoute     Caméra Web

Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

## Validation du milieu de télétravail et analyse

### ANALYSE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX, ERGONOMIQUES ET DE L'ENVIRONNEMENT :

L'aide-mémoire (ANNEXE 4) a été consulté par la personne salariée et aucun risque n'est signalé.

Un risque est présent et doit être corrigé avant le début du télétravail :

Risque signalé : \_\_\_\_\_

Correctif apporté par la personne salariée : \_\_\_\_\_

Date de correction : \_\_\_\_\_

## ACTIFS INFORMATIONNELS, CONNEXION INTERNET ET COMMUNICATION

- La personne salariée a pris connaissance du Guide d'utilisation des actifs informationnels en télétravail et est en mesure de le respecter (ANNEXE 1).
- La personne salariée a suivi la formation sur la cybersécurité et remet ses attestations de formation à sa personne supérieure immédiate avec son entente : [www.uqo.ca/cybersecurite/formation](http://www.uqo.ca/cybersecurite/formation)

### Autorisation de la personne supérieure immédiate

- J'autorise le télétravail selon les modalités prévues dans la présente entente et conformément au *Programme de télétravail* et je m'engage à évaluer périodiquement, avec la personne salariée, l'organisation du télétravail et son rendement et à apporter les ajustements nécessaires, le cas échéant.
- Je refuse la demande d'entente de télétravail pour le ou les motifs suivants :
  - Les besoins de l'unité administrative ne le permettent pas.
  - La nature des tâches ne le permet pas.
  - Des objectifs professionnels sont à atteindre.
  - Autres, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne supérieure immédiate

\_\_\_\_\_  
Date de signature

### Autorisation de la personne cadre supérieure

- J'autorise le télétravail
- J'autorise le télétravail avec les modifications suivantes :
- Je refuse la demande d'entente de télétravail pour le ou les motifs suivants :
  - Les besoins de l'unité administrative ne le permettent pas.
  - La nature des tâches ne le permet pas.
  - Des objectifs professionnels sont à atteindre.
  - Autres, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne cadre supérieure

\_\_\_\_\_  
Date de signature

La copie signée par la personne cadre supérieure doit être acheminée à l'adresse courriel  
[resshum@uqo.ca](mailto:resshum@uqo.ca)

Une copie sera transmise au syndicat ou à l'association concerné(e) par  
le Service des ressources humaines.