

Annexe n°2

DEMANDE DE FIN DE TELETRAVAIL

Je souhaite mettre fin au télétravail.

Etablissement/Service : _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Métier : _____ **Temps de travail du salarié :** _____

Date de fin du télétravail : _____

Date et lieu de la demande :

Signature du salarié