



DEMANDE D'AUTORISATION SPECIALE D'ABSENCE COVID 19

Circulaire du 12/01/2021 relative aux mesures destinées à inciter à l'auto-isolement des agents de la fonction publique dans le cadre de la Covid 19

A RETOURNER A : service.rh-spp-pats@sdis43.fr

Je soussigné (e) Nom – Prénom	
Grade	

Sollicite une demande d'autorisation spéciale d'absence :

cocher la case correspondante

en tant que personne cas contact à risque de contamination et pour qui **le télétravail n'est pas possible**.

Je déclare sur l'honneur avoir été confirmé(e) comme cas contact à risque de contamination selon la procédure de contact tracing de l'Assurance maladie.

en tant qu'agent symptomatique, invité à s'isoler sans délai et pour qui le **télétravail n'est pas possible**.

Je déclare sur l'honneur avoir procédé à la déclaration en tant que tel sur la plateforme « declare.ameli » et m'engage à effectuer un test de détection (PCR ou antigénique) dans un délai de deux jours.

Dès connaissance du résultat du test :

- résultat négatif, je m'engage à reprendre mes fonctions dès le lendemain de la réception du résultat du test ;
- résultat positif, je suis placé(e) en congé maladie sans application du jour de carence.

En l'absence de test, l'autorisation spéciale d'absence sera requalifiée en absence injustifiée.

DATE(S) A PRECISER	
Le	
OU	
Du	au

L'AGENT
Date :
Signature :

VISA du RESPONSABLE HIERACHIQUE
Date :
Signature :