Attestation de l’employeur

**Coordonnées de l’employeur**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la société  |   |
| Rue  |   | Numéro  |   |
| Code postal  |   | Ville  |   |
| Personne de contact  |  | Tél. |

**Coordonnées de l’employé**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’employé  |  |
| Rue (domicile) |   | Numéro  |  |
| Code postal  |   | Ville  |  |
|  |

**Le télétravail est impossible en raison de la nature** **des prestations de services**

|  |  |
| --- | --- |
| Nécessité de la présence au bureau  |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lieu  | Date (jj-mm-aaaa)  | Lieu  | Date (jj-mm-aaaa)  |
|   |   |   |   |
| (signature de l’employeur)  | (signature de l’employé)  |

L'employeur déclare par la présente que cette déclaration est complète et exacte. L'employeur déclare sur l'honneur que le salarié concerné est employé par lui et qu'il est en droit d'effectuer le transfert conformément au décret ministériel du 28 octobre 2020, tel que modifié par l'AM du 1er novembre 2020 et aux directives du Centre National de crise. Conformément aux dispositions légales sur la protection des données, l'employé est informé que les données saisies dans ce formulaire ne seront utilisées que comme preuve de la nécessité de sa présence au bureau.