**ATTESTATION EMPLOYEUR**

**ACTIVITES PROFESSIONNELLES NE POUVANT ETRE ORGANISEES SOUS FORME DE TELETRAVAIL**

Je soussigné(e), Madame/Monsieur ………………………………………… né(e) le ………………………….. à ……………………………………………….représentant légal de la société……….. immatriculée au RCS de DIJON n° XXX XXX XXX située à *VILLE* (CP) – Rue ………. .

Certifie que :

Madame/Monsieur : ……………………………………………… né(e) le ………………………… à …………………………………….., demeurant à ……………………………………………………………………………………… est salarié(e) au sein de mon entreprise au poste de …………………………………………….

L’activité professionnelle de Madame/Monsieur…………………………………. ne peut être organisée sous forme de télétravail et est indispensable à la vie de notre entreprise.

A ce titre, Madame/Monsieur ……………………….. devra effectuer des déplacements sur les lieux suivants :

* …………………………………………..
* ……………………………………………
* …………………………………………….

Fait à ………………. Le ………………………

Signature et cachet