

Al Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura

e p.c. All'Area Gestione Risorse Umane

ISTANZA DI ACCESSO PER LA MODALITA' IN LAVORO AGILE

(dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ matricola n. _____

Codice fiscale _____ dipendente di questa Azienda presso la struttura

indicata in indirizzo, nella posizione funzionale di _____

Sotto la Propria Responsabilità Dichiaro

(Spuntare una o più delle opzioni riportate)

- Lavoratore portatore di patologie invalidanti, auto certificate e/o documentate attraverso certificazione proveniente da medici di struttura pubblica (Decreto Min. della Salute 04/02/2022)
- Lavoratore che usufruisce dei permessi giornalieri retribuiti ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92 (autocertificazione)
- Lavoratore su cui grava la cura dei figli - sino ai dodici anni di età - a seguito o meno della contrazione dei servizi educativi scolastici (autocertificazione - es.: asilo nido, scuola infanzia, ecc.)
- Lavoratore la cui residenza/domicilio/dimora è posto a distanze uguali o superiori ai 50 Km dalla sede di lavoro (autocertificazione)
- Lavoratrice madre in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.lgs. 151/2001 (autocertificazione)
- Ulteriori elementi che il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà in forma discrezionale nel rispetto delle priorità sopra citate (documentazione a sostegno)

attesta:

- di possedere dispositivo di lavoro personale
 - Personal computer
 - Notebook
 - Tablet
 - Smartphone
- connessione internet per il collegamento VPN
- di scegliere quale luogo per l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori dei locali aziendali in modalità lavoro agile, la propria residenza/domicilio/dimora sito in località

alla via

Chiede

(indicare le proprie preferenze e disponibilità)

DURATA

di effettuare le prestazioni in regime di lavoro agile per il seguente periodo

dal ____/____/____ al ____/____/____

1 Settimana

2 Settimane

1 Mese

3 Mesi

6 Mesi

1 Anno

Frequenza Settimanale

per un numero di giornate settimanalmente pari a _____ (senza necessità di indicare i giorni)

per i seguenti giorni nell'ambito della settimana lavorativa

Lunedì

Martedì

Mercoledì

Giovedì

Venerdì

Numero di telefono fisso/cellulare (obbligatorio) _____

Indirizzo mail personale (opzionale) _____

Elenco della documentazione presentata a supporto di quanto innanzi dichiarato

Il/la sottoscritto/a consente espressamente all'Azienda il trattamento dei dati personali associati alla presente richiesta per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, relativamente al procedimento di autorizzazione alla modalità di lavoro agile, nel rispetto della vigente normativa privacy (GDPR n. 679/2016 — D.lgs. 196/2003 così come modificato 101/2018).

Il sottoscritto, consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate, l'Azienda procederà per l'applicazione delle sanzioni previste dalla vigente normativa e la decadenza immediata della modalità in lavoro agile ottenuta sulla base di dette false dichiarazioni, accetta integralmente e totalmente il contenuto del Regolamento di cui questo documento costituisce allegato.

Data, ____/____/____

Il Soggetto Richiedente

Il Direttore/Dirigente Responsabile