Al Dirigente Generale del Dipartimento ……

Area---

Per il tramite del Dirigente del Servizio/Area ……..

**Domanda di partecipazione per l’accesso alla modalità di lavoro “telelavoro domiciliare”**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_numerocivico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_numero di telefono/cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato (full time/part time)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, trovandosi nella necessità di dover conciliare il tempo di lavoro con le proprie condizioni di salute o familiari, di seguito sommariamente descritte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_consapevole delle conseguenze civili e penali in cui incorre in caso di dichiarazione mendace, ex DPR 445/2000 e s.m.i.

**CHIEDE**

di poter accedere alla modalità di “telelavoro domiciliare” presso il proprio domicilio di residenza dalla data di autorizzazione e per mesi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per lo svolgimento della seguente attività:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nelle giornate di seguito indicate:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

e pertanto di effettuare rientro nella sede lavorativa nelle giornate di seguito indicate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

* di mettere a disposizione per la prestazione lavorativa da remoto le seguenti strumentazioni:( personal computer, collegamento internet)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che l'attività sarà svolta in modalità di lavoro domiciliare presso la propria abitazione sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap.\_\_\_\_\_\_\_;
* di attenersi alle disposizioni impartite dall’Amministrazione per lo svolgimento del lavoro domiciliare;
* di utilizzare le apparecchiature in conformità alle misure di protezione e di prevenzione indicate nel Progetto;
* di essere consapevole che per le giornate in telelavoro domiciliare non spetta il buono pasto;
* di essere consapevole che l'orario di lavoro è quello previsto nel contratto di lavoro (full time o part time) nel rispetto comunque dei limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione;

nel caso in cui il numero dei progetti individuali richiesti siano maggiori rispetto alle posizioni disponibili (10% del personale in servizio presso il Dipartimento alla data del 31.12.2021) **DICHIARA,**

ai fini della stesura della graduatoria definitiva, il possesso dei seguenti requisiti ai fini della definizione secondo i criteri di priorità:

(INDICARE CON UNA X NELLA CORRISPONDENTE CASELLA)

* Disabilità psico-fisica del dipendente accertata ai sensi della Legge n. 104/1992 o con patologia grave, certificata da struttura pubblica competente.

SI □ NO □

* Assistenza figli in situazione di grave infermità accertata ai sensi della Legge n. 104/1992 o con patologia grave certificata da struttura pubblica competente.

SI □ NO □

* Assistenza al coniuge o convivente more uxorio in condizione di gravità ai sensi dell’articolo 3, comma 3, Legge numero 104/1992 o con patologia grave certificata da struttura pubblica competente. SI □ NO □
* Assistenza a parenti o affini entro il terzo grado in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 , qualora il genitore o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti. SI □ NO □
* Cura nei confronti dei figli:

(Indicare il numero dei figli in ciascuna fascia di età)

- figli in età 0-3 anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- figli in età 3-6 anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- figli in età 6-11 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- figli in età 11-14 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Distanza tra domicilio dichiarato e sede di lavoro:

- Superiore a 50 km SI □ NO □

- Pari o superiore a 30 km SI □ NO □

Si impegna a fornire all’amministrazione la documentazione probatoria eventualmente richiesta su quanto dichiarato ed a consentire l'accesso alla propria abitazione sede di telelavoro domiciliare per la verifica di conformità da parte dell'Amministrazione.

*Il/la sottoscritto/a autorizza l’Amministrazione al trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 del Reg.UE n.679/2016 e D.lgs n.101/2018 finalizzato agli adempimenti necessari per l’espletamento della procedura per la partecipazione alla modalità di lavoro telelavoro domiciliare.*

*Inoltre esonera l’Amministrazione da ogni spesa sostenuta per l’utilizzo delle apparecchiature, i consumi elettrici, di connessione alla rete internet ed alle comunicazioni telefoniche connesse all’attività lavorativa.*

Palermo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA