**MODULO RICHIESTA DI TELELAVORO**

 **Al Direttore della U.O.C -------------------------------------**

 **AORN Santobono-Pausilipon**

**Il/la sottoscritta/o ………………………………………………………. ­­,**

**dipendente dell’AORN Santobono-Pausilipon (matricola \_\_\_\_\_),**

in qualità di… ……………. ……………………………………………………

Categoria………………..………………………………………………………

Posizione economica …..………………………………………………………..

Ruolo……………..……………………………………………………………..

A tempo indeterminato □ determinato □,full time □, part-time □, (precisare la percentuale) afferente a questa U.O.C.,□

**chiede**

l’attivazione del telelavoro per n…… giorni settimanali, presso il proprio domicilio in via\_.......................\_\_\_\_ CAP ………\_\_, Comune……………...

A tal fine dichiara:

1. di essere in grado si produrre una certificazione di conformità dell’impianto elettrico da parte di un tecnico abilitato;
2. di autorizzare l’accesso al domicilio per le verifiche ai sensi delle disposizioni di legge non previsto da parte dell’Amministrazione.

Al fine dell’applicazione dei criteri stabiliti dall’art.9 “Individuazione del telelavoratore” del Regolamento aziendale in materia di telelavoro, dichiara di trovarsi nelle situazioni di seguito indicate (contrassegnare le ricorrenze):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| A | Disabilità psico- fisica del/della dipendente certificata da struttura pubblica competente |  |
| B | Assistenza a parenti o affini entro il terzo grado e conviventi, in situazione di gravità psico-fisica accertata ai sensi dell’art. 4, comma i Legge n. 104/92 |  |
| C | Figli di età 0-3anni |  |
| Figli di età 4-8anni |  |
| Figli di età 9-12anni |  |
| D | Genitore single e non convivente |  |
| E | Distanza chilometrica tra il luogo da cui usualmente si viene al lavoro e la sede di afferenza |  |
| 30-50km |  |
| 51-100km |  |
| >100km |  |
| F | Esigenza di assistenza a parenti ccl affini entro il secondo grado, in situazione di gravità psico-fisica ancorché non accertata ai sensi della Legge 104/92, ma certificata da struttura pubblica competente | Massimo2 |

Dichiara, altresì, il sussistere di altri motivi personali, tra i quali la difficoltà di raggiungimento della sede di lavoro (terapia motoria, motivi di studio-purchè in mancanza dell’utilizzo dei permessi di cui al DPR 395/88 – ed esigenze organizzarive):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara che i requisiti sopra indicati sono in suo possesso alla data odierna e di impegnarsi a comunicare alla Commissione per il telelavoro ogni variazione relativa agli stessi.

Dichiara, in fine, di usufruire delle riduzioni di orario previste dalle seguenti disposizioni:

□art.39 D.Lgs. 151/2001

□secondo, terzo comma art.33 L. 104/1992 e sesto comma art. 19 CCNL 6/7/1995

□ art.15 CCNL 14/9/2000

□ art.79 D.Lgs.267/2000

□ art.4 L.53/2000 e quarto comma art.1 DPCM 278/2000

e di essere a conoscenza della disposizione in base alla quale i dipendenti in possesso dei requisiti connessi alle norme citate non hanno titolo a fruire, all’interno dell’orario telelavorato, dei relativi istituti comportanti riduzioni di orario, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Allega la seguente documentazione relativa agli stati sopra dichiarati:

Distinti saluti

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Il/la dipendente)

lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false emendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000,

DICHIARO

che tutte le dichiarazioni contenute nella presente domanda di telelavoro rispondono a verità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Il/la dipendente)