**MISURE DI CONCILIAZIONE VITA LAVORO – LAVORO AGILE**

**Anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Al Direttore Generale dell’Università Iuav di Venezia

S. Croce 191, Tolentini

30135 Venezia

Il/la sottoscritto/a ………………………….…………………….. chiede di poter prestare la propria attività lavorativa in modalità agile avvalendosi delle misure messe a disposizione da Iuav per:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1 giorno a settimana | *(indicare il giorno) …………………………………………………………* |  |
|  | *oppure* |  |  |  |
|  |  | Max 4 giorni al mese (*da fruire in modo continuativo o 2+2)* | *(indicare giorni/periodi) …………………………………………………………..* |  |

*Per soggetti fragili di cui al DPCM 4/2/2022 o per genitorialità con figli fino a 3 anni:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | fino a 2 giorni a settimana | *(indicare i giorni) …………………………………………………………*   * *per fragilità[[1]](#footnote-1)* * *per figlio/a …………………….……. data di nascita…………………...………* |  |

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi degli art. 483, 495 e 496 del Codice penale e delle leggi speciali in materia e ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| cognome |  |  |  |
| nome |  |  |  |
| data di nascita |  |  |  |
| luogo di nascita |  | prov |  |
| residenza in |  | prov |  |
| via |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| struttura di afferenza |  | | |
| impegno lavorativo | * tempo pieno | * tempo parziale | * orizzontale ………………..% * verticale ……………………% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | di essere in possesso della strumentazione tecnica adeguata allo svolgimento dell'attività in lavoro agile: PC, connessione alla rete internet (ADSL o Fibra), smartphone:  ***specificare le caratteristiche tecniche***: ……………………………………….. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | di non essere in possesso della strumentazione tecnica adeguata allo svolgimento dell'attività in lavoro agile: PC, connessione alla rete internet (ADSL o Fibra), smartphone e di richiederne il comodato d’uso all’amministrazione. |  |

* di svolgere la propria attività in lavoro agile
  + presso la propria residenza
  + presso altro indirizzo …………………………………………………………………
* di concordare con il/la responsabile di riferimento il seguente piano individuale di lavoro:

*Descrizione dell’attività e applicativi necessari per lo svolgimento della stessa*

|  |
| --- |
| 1. Attività |
|  |
| 1.1 Obiettivi |
|  |
| 1.2 Indicatori |
|  |
| 1. Fasce di contattabilità: |
|  |
| 1. Applicativi: |
|  |

**DICHIARA ALTRESI’**

* di aver preso visione dell’Informativa su Salute e Sicurezza per lo svolgimento del lavoro in modalità agile e di impegnarsi a svolgere l'attività lavorativa da remoto nel rispetto dei criteri di idoneità e sicurezza ai sensi della Legge 22 maggio 2017, n. 81, della Direttiva n. 3/2017 della Presidenza del Consiglio dei Ministri e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 febbraio 2020;
* di aver preso visione dell’Informativa sulla sicurezza dei dati predisposta dall’Area Tecnica
* di essere consapevole che benefici accordati si intendono validi ed efficaci fino a contraria disposizione della Direzione Generale dell’Ateneo.
* di autorizzare l'Amministrazione al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 10 D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e ss.mm.ii nonché del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati Personali (UE 679/2016), finalizzato agli adempimenti necessari per l'espletamento della procedura di attivazione del lavoro da remoto.

Allegati: ………

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’interessato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del responsabile di struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del responsabile di Divisione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a ………………………………………………in qualità di Dirigente dell’Area .................................................  **DICHIARA**  Che il/la dipendente indicato/a nella domanda svolge mansioni compatibili con la modalità agile  Firma del dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Allegare certificazione medica rilasciata dal medico di medicina generale del lavoratore (medico di base) che attesti l’esistenza di patologie e condizioni di cui al DPCM 4/2/2022. La certificazione NON dovrà in alcun modo riportare la diagnosi. [↑](#footnote-ref-1)