**ALLEGATO A**

**Al DIRETTORE GENERALE**

**S E D E**

**RICHIESTA PER L’ACCESSO AL TELELAVORO**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dipendente di ruolo di questo Ateneo in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nome del Responsabile della struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter accedere all’attivazione di una postazione di telelavoro per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ così come previsto

dall’avviso annuale prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall’art. 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

* soggetto con disabilità ai sensi della Legge 68/99 o con patologia grave del DM Sanità 329/99
* assistenza a familiari o affini entro il secondo grado o a conviventi, residenti presso lo stesso nucleo familiare, in situazione di grave infermità psicofisica accertata ai sensi della Legge 104/92 o con patologia grave ai sensi del DM Sanità 329/99, o a figli in età scolare con diagnosi di DSA (Legge 107/2010);
* assistenza a familiari o affini entro il secondo grado, non residenti presso lo stesso nucleo familiare, in situazione di grave infermità psicofisica accertata ai sensi della Legge 104/92 o con patologia grave ai sensi del DM Sanità 329/99;
* figli in età compresa tra 0-5 anni compiuti. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n:\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo pieno/parziale

n:\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo pieno/parziale

n:\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo pieno/parziale

* figli in età compresa tra 6-10 anni compiuti. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n:\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo pieno/parziale

n:\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo pieno/parziale

n:\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo pieno/parziale

* figli in età compresa tra 11-16 anni compiuti. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n:\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo pieno/parziale

n:\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo pieno/parziale

n:\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo pieno/parziale

* genitore single (art. 1 Legge 54/2006)
* tempo di percorrenza tra la località di residenza del dipendente e la sede di lavoro con l’utilizzo di mezzi pubblici (secondo le tabelle utilizzate per il diritto allo studio e pubblicate al seguente indirizzo <http://www.iuav.it/studenti/agevolazio1/alloggio-f/classifica/index.htm#tabelle>):

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

Firma del dichiarante

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

Allegati:

* fotocopia documento d’identità
* copia progetto di telelavoro (ALLEGATO B)
* eventuale certificazione medica