

## DOMANDA DI ATTIVAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

dipendente di questa Azienda con contratto di lavoro subordinato a tempo

- indeterminato

- determinato

- altro

- part-time

- full time

(barrare la voce che interessa)

con qualifica di \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

(campo obbligatorio).

### CHIEDE

a decorrere dal \_\_\_\_\_ a tempo indeterminato

a decorrere dal \_\_\_\_\_ e fino al \_\_\_\_\_ a tempo determinato

(barrare la voce che interessa)

di poter svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità “agile”, secondo i termini, le tempistiche e le modalità da concordare con il Direttore/Responsabile della Struttura di assegnazione per la sottoscrizione del successivo accordo, del quale la presente domanda costituisce parte integrale e sostanziale.

Di svolgere la prestazione in modalità di lavoro agile:

n \_\_\_\_\_ giorni al mese;

non frazionabili in ore, in osservanza di quanto disposto all'art. 8 del Regolamento Aziendale Lavoro Agile ASL Sulcis Iglesiente come segue

n\_\_\_\_\_ giorni a settimana;

oppure

n\_\_\_\_\_ giorni a trimestre;

La prestazione lavorativa sarà effettuata, di massima, in correlazione temporale con l'orario normale applicabile alla struttura di appartenenza, con le caratteristiche di flessibilità temporale propria dell'Area di appartenenza o della Dirigenza, fermo restando la garanzia di reperibilità nelle seguenti fasce orarie:

dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in attività

### **DICHIARA**

#### **Caratteristiche – descrizione delle attività che saranno svolte in modalità agile**

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

**di necessitare per lo svolgimento della prestazione lavorativa da remoto, della seguente strumentazione tecnologica eventualmente fornita dall'Amministrazione o di proprietà e in uso allo stesso:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**di rientrare nella/e categorie di seguito elencate (all'occorrenza certificate e/o documentate):**

- a) dipendenti con figli fino a dodici anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- b) dipendenti con disabilità in situazione di gravità accertata o che siano caregivers (art. 18, comma 3 bis della legge 81/2017, come modificato dall'art. 4, comma 1, lettera b) del D. Lgs.105/2022);
- c) lavoratrici in stato di gravidanza, ad eccezione dei periodi di astensione obbligatoria, ovvero, nei casi di gravidanza a rischio certificata dal medico del SSN;
- d) dipendenti in condizioni di disabilità psico-fisica, accertate ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, fuori dei casi di cui alla lettera a);
- e) dipendenti che si trovano in condizioni di particolare necessità, da valutare a cura del Responsabile di Servizio, non coperte da altre misure.

Infine

### **DICHIARA**

di aver preso visione:

- del Regolamento Aziendale sul Lavoro Agile, Deliberazione n\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
  - delle istruzioni operative per la protezione dei dati per i dipendenti in regime di lavoro agile: vademecum per lavorare online in sicurezza;
  - dell'Informativa sulla Salute e Sicurezza nel Lavoro;
- e di accettare la disposizioni e prescrizioni ivi previste.

Individua quale Domicilio per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, il seguente luogo (barrare una casella ed indicarne l'indirizzo):

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Altro luogo (da specificare) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_