

Modello di domanda allegato al Bando per il telelavoro

Al Direttore Generale
dell'Università degli Studi di Perugia
Piazza Università, 1
06123 PERUGIA

Il/la sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a a partecipare al bando indetto con D.D.G. n. _____ del _____, per l'attivazione di n. 9 accordi individuali di lavoro da remoto mediante telelavoro, ai sensi del "Regolamento in materia di lavoro da remoto mediante telelavoro per il personale tecnico amministrativo e bibliotecario dell'Università degli studi di Perugia" emanato con D.R. 2547 del 12.09.2022, riservato al personale tecnico-amministrativo e bibliotecario a tempo indeterminato o a tempo determinato con contratto di lavoro superiore a 24 mesi, con regime orario a tempo pieno o a tempo parziale in servizio presso l'Università degli Studi di Perugia.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
DATA DI NASCITA	SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
LUOGO DI NASCITA	PROV.
RESIDENTE A	PROV.
INDIRIZZO	CAP
RECAPITO presso cui indirizzare le comunicazioni relativa al presente bando (ove diverso dalla residenza):	
LOCALITA'	PROV.
INDIRIZZO	CAP
TELEFONO _____	
CELLULARE _____	
E-MAIL: _____	

Area professionale _____

Settore professionale _____

Sede di servizio (Struttura e indirizzo) _____

- di essere in servizio a tempo indeterminato presso l'Università degli Studi di Perugia, con regime orario**
- a tempo pieno
 - a tempo parziale

- di essere in servizio a tempo determinato presso l'Università degli Studi di Perugia con contratto di lavoro superiore a 24 mesi, con regime orario**
- a tempo pieno
 - a tempo parziale

- di non essere incorso/a negli ultimi due anni in sanzioni disciplinari più gravi del rimprovero scritto**

- di non essere titolare di posizioni organizzative con coordinamento di risorse umane**

- di rinunciare all'eventuale regime di lavoro agile in atto, prima della sottoscrizione dell'accordo individuale di telelavoro**

- il luogo, diverso dalla sede di lavoro, individuato per l'espletamento della prestazione lavorativa da remoto mediante telelavoro, è dotato di una connessione permanente ad una rete dati**

Dichiara, inoltre, che:

- **il luogo di svolgimento della prestazione in modalità di telelavoro ricade nel territorio della regione Umbria, nel comune di:**
_____ (prov. _____) **Indirizzo:** _____

- **le attività da svolgere in modalità di telelavoro, come risultante dal Progetto di telelavoro, allegato alla presente istanza, sono le seguenti: (descrizione sintetica):** _____

- **i sistemi di supporto tecnologici necessari allo svolgimento delle attività in telelavoro sono i seguenti:**

- **le caratteristiche del rapporto di telelavoro sono:**

- orario: _____

- frequenza degli eventuali rientri periodici in sede:

- modalità di verifica della prestazione lavorativa

- **l'eventuale formazione (se ritenuta necessaria dal Responsabile della Struttura), per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di telelavoro, è la seguente:** _____

- **le motivazioni di carattere personale elencate nell'art. 6 lett. a), b), c), d) del Regolamento per il telelavoro:**
(spuntare le voci di interesse)

A) Disabilità psico-fisica del/la dipendente certificata da struttura pubblica competente tale da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro o situazioni di dipendenti affetti da gravi patologie che richiedono terapie salvavita di lunga durata e ripetute nel tempo:

dipendente con disabilità certificata, titolare dei benefici di cui all'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;

dipendente con disabilità certificata, non titolare dei benefici di cui all'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;

dipendente con patologie croniche riconosciute dal SSN;

B) Esigenza di cura di figli minori di 12 anni e/o di figli di qualsiasi età che abbiano una disabilità che ne limiti l'autonomia ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92:

l'altro genitore non fruisce del telelavoro o degli istituti di cui alla Legge n. 53/2000, ovvero l'altro genitore non può occuparsi del/lla/i figlio/a/gli, in particolare:

<p><input type="checkbox"/> il dichiarante è genitore vedovo, single non convivente con altro genitore o affidatario esclusivo o genitore collocatario (nei casi di affido condiviso), in particolare:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> il dichiarante ha n. _____ figli in età 0-3 anni, in particolare:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> il dichiarante ha n. _____ figli in età 4-8 anni, in particolare:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> il dichiarante ha n. _____ figli in età 9-12 anni non compiuti, in particolare:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> il dichiarante ha, nel proprio nucleo familiare, n. _____ figli di qualsiasi età, con una disabilità che ne limiti l'autonomia ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92, in particolare:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> il dichiarante ha, nel proprio nucleo familiare, n. _____ figli di qualsiasi età, con una disabilità che ne limiti l'autonomia ai sensi dell'art. 3, comma 1, della Legge 104/92, in particolare:</p> <p>_____</p>	
<p>C) Assistenza a coniuge, parenti o affini (secondo quanto stabilito dall'art. 33, c. 3, della Legge 104/92) che siano in situazione di gravità psico-fisica accertata ai sensi dell'art. 4, c. 1, della medesima Legge, a esclusione del figlio con disabilità che rientra nel punto B):</p> <p><input type="checkbox"/> coniuge, parenti o affini residenti/domiciliati presso lo stesso nucleo familiare e a condizione che il lavoratore abbia diritto ai permessi ex L. 104/92 e nessun altro ne fruisca, in particolare:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> coniuge, parenti o affini non residenti/domiciliati presso lo stesso nucleo familiare e a condizione che il lavoratore abbia diritto ai permessi ex L. 104/92 e nessun altro ne fruisca, in particolare:</p> <p>_____</p>	
<p>D) Distanza tra il luogo di svolgimento del telelavoro del/la dipendente (quale risultante agli atti dell'Area del Personale) e la sede di lavoro, in km:</p> <p><input type="checkbox"/> oltre 50 km</p> <p><input type="checkbox"/> oltre 30 km fino a 50 km</p> <p><input type="checkbox"/> da 20 km fino a 30 km</p> <p>in quanto (<i>indicare modalità di calcolo</i>):</p> <p>_____</p>	

Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare tutte le previsioni del Bando in oggetto e di essere a conoscenza che l'Amministrazione non assume responsabilità in ordine alle comunicazioni relative all'avviso stesso per eventuali disguidi telematici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente le eventuali variazioni del recapito sopra indicato che dovessero intervenire successivamente alla data di presentazione della presente domanda.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, formazione e/o uso di atti falsi di cui all'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere disposta dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. 101/2018, e ss.mm.ii., dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali secondo il principio di pertinenza.

Si allega alla presente domanda:

Progetto di telelavoro;

Parere favorevole del superiore gerarchico e del Responsabile della Struttura di assegnazione;

certificazione medica, da allegare ai sensi del comma 3 dell'art. 6 del Regolamento, in caso ricorrano le motivazioni di carattere personale di cui alle lettere A), B) (relativamente a figli con disabilità) e C):

(nota¹)

A) Disabilità psico-fisica del/la dipendente certificata da struttura pubblica competente tale da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro o certificazione di gravi patologie che richiedono terapie salvavita di lunga durata e ripetute nel tempo;

B) Esigenza di cura di figli minori di 12 anni (relativamente a figli con disabilità);

C) Assistenza a coniuge, parenti o affini (secondo quanto stabilito dall'art. 33 c. 3 della Legge 104/92) che siano in situazione di gravità psico-fisica accertata ai sensi dell'art. 4 c. 1 della medesima Legge.

documento di identità in corso di validità

Luogo e Data _____

Firma (nota²)

¹ Selezionare la situazione di interesse.

² la firma, da apporre per esteso ed in forma leggibile, è obbligatoria ai fini della validità della domanda.