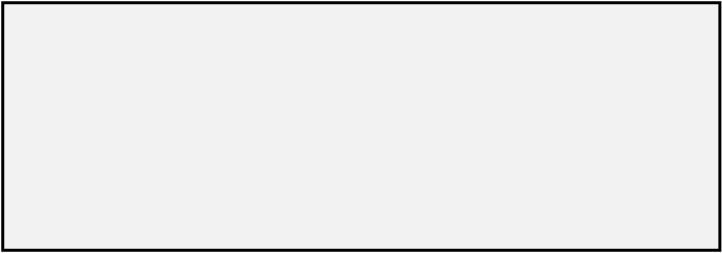
**Dipendente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Matr**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Direzione**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Servizio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sede**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Residenza** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Domicilio**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sezione riservata al dirigente/responsabile della struttura di appartenenza**

* **Attività da svolgere in modalità lavoro a distanza**

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

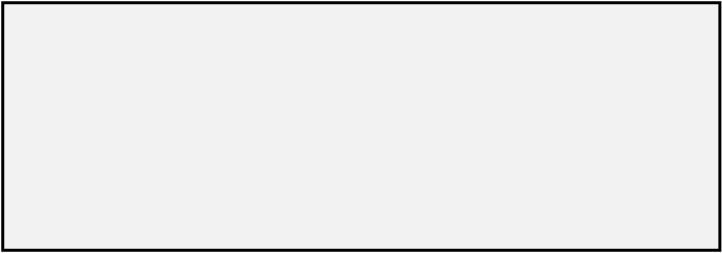
* **Decorrenza e durata dello svolgimentodel lavoro a distanza**
* dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_
* fino alla fine dell’emergenza
* **Luogo dello svolgimento della prestazione**(dimora del dipendente)

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

* **Numero giorni alla settimana di lavoro a distanza: \_\_\_\_\_\_\_**

(La programmazione del lavoro in presenza avverrà su base settimanale o mensile)

**DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Responsabile Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sezione riservata al dipendente**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_, abitazione di fatto a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_, tel. uff.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, viste le circolari della direzione generale dell’organizzazione e del personale concernenti *“Misure proattive contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19”*.

***DICHIARA***

* **Di trovarsi nelle seguenti condizioni (documentazione allegata) per le quali il lavoro a distanza, se richiesto e se rientra nelle attività che possono essere svolte in modalità lavoro a distanza), deve essere garantito(non rientra nel computo del 50%)**
  + Di essere lavoratore disabile nelle condizioni di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (portatore di handicap in situazione di gravità)

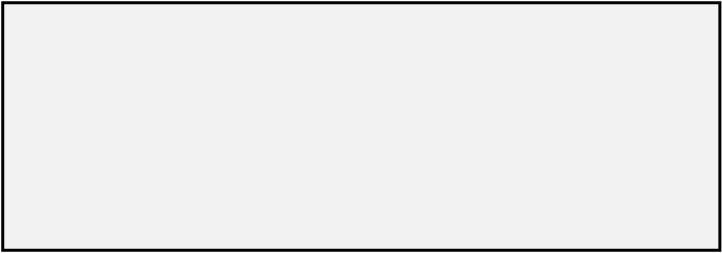
**Documentazione**: verbale riconoscimento situazione di gravità dell’handicap

* + Di avere nel proprio nucleo familiare (stato di famiglia) una persona con disabilità nelle condizioni di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104

**Documentazione**: verbale riconoscimento situazione di gravità dell’handicap

* + Di aver chiesto e ottenuto dal medico competete il riconoscimento dello stato di *“lavoratore maggiormente esposto a rischio di contagio, in ragione dell’età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da morbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità”*

**Documentazione**: certificazione medico competente

* **Di trovarsi nelle seguenti condizioni (documentazione allegata) che danno diritto, nell’ordine, alla prioritànello svolgimento del lavoro a distanza (se le attività prestate sono eseguibili a distanza):**
  + Lavoratori che convivono (stato di famiglia) con soggetti maggiormente esposti a rischio di contagio, in ragione dell’età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da morbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità.

**Documentazione**: certificato del medico specialista del S.S.N.

* Genitori con almeno un figlio minore di anni 14 o in condizione di disabilità (non facente parte del nucleo familiare) ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, tenuto conto di particolari situazioni familiari quali, ad esempio, presenza di genitore solo, impossibilità dell’altro genitore alla cura del figlio durante l’orario lavorativo e simili.

**Nome/Cognome figlio/figli**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Luogo e data nascita** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Particolare situazione familiare***(esporre in modo completo, riportando tutte le informazioni necessarie per le valutazioni e i controlli, come per esempio datore e sede di lavoro dell’altro genitore)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Documentazione***(se figlio in condizione di disabilità non convivente)*: verbale riconoscimento situazione di gravità dell’handicap

* Dipendenti che si avvalgono per raggiungere la sede lavorativa quotidianamente dei servizi pubblici di trasporto, ma esclusivamente quando non è oggettivamente possibile utilizzare altri mezzi di trasporto per recarsi in ufficio e tenuto conto della distanza tra luogo di lavoro e residenza/domicilio abituale.

**Motivazioni** (ad esempio mancanza di patente o di mezzo di trasporto privato): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* Di svolgere il proprio lavoro nella propria dimora (sopra indicata) e di comunicare preventivamente alla propria struttura ogni modifica temporanea della medesima
* **Di aver preso conoscenza e di accettare la disciplina applicata al lavoro a distanza contenuta nelle circolari della direzione generale dell’organizzazione e del personale in oggetto**

**DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dipendente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**