**MODULO N. 1**

 Spettabile

 Direttore generale

 Università degli Studi di Trieste

**OGGETTO: Domanda di accesso di telelavoro**

Struttura di appartenenza:……………………………………………………………………………………

Dati del/della dipendente che richiede l’accesso al telelavoro:

Cognome e nome ……………………………………………………………………………………………

Matricola ………………………………………………………………………………………………………

Area (già Categoria) …………………………………………………………………………………………

Settore (già Area) ..…………………………………………………………………………………………..

Modalità di rapporto di lavoro (in caso di tempo parziale indicare anche la %):

1. Tempo pieno
2. Tempo parziale orizzontale ……………. %
3. Tempo parziale verticale ……………. %

Domicilio dichiarato al fine dell’individuazione del luogo di svolgimento della prestazione in telelavoro:

………………………………………………………………………………………………………………….

Esprimere le motivazioni che hanno indotto la richiesta di telelavoro:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Indicare la presenza di eventuali condizioni di priorità di cui all’art. 4, commi 3 e 4, del Regolamento in materia:

1. situazioni di disabilità psico-fisiche tali da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro:

a1 - dipendente con disabilità in situazione di gravità accertata (ai sensi dell'articolo 3, comma 3, Legge n. 104/1992);

a2 - certificazione di invalidità del lavoratore/lavoratrice: specificare il relativo grado di gravità: ……………………………………………………………………………………………

a3 - dipendente affetto da patologia cronica e/o altra condizione clinica che comporti una temporanea difficoltà a svolgere la prestazione lavorativa in presenza, attestata da specifica certificazione medica (in tale casistica rientra anche la lavoratrice inserita in percorsi di protezione relativi alla violenza di genere ex art. 24 D.Lgs. 80/2015).

N.B. si raccomanda di rivolgersi al SPP al fine della programmazione della visita con il Medico competente.

1. esigenze di cura di figli minori di 8 anni; esigenze di cura nei confronti di familiari o conviventi, debitamente certificate:

b1 - periodo ricompreso nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità e di paternità, previsti rispettivamente dagli artt. 16 e 28, D. Lgs. n. 151/2001;

b2 - prole in condizioni di disabilità ai sensi dell’art. 3, co. 3, L. n. 104/1992;

b3 - esigenze di cura di figli/e minori o minori in affido fino a 14 anni compiuti; specificare se riconoscimento di certificazione di invalidità: SI’ / NO

b4 - esigenze di cura di coniuge, parente o affine (entro il II grado) con disabilità in condizione di gravità riconosciuta ex art. 3, co. 3, L. n. 104/1992;

b5 - presenza nel nucleo familiare di figli/e minori, anche in affido, oltre i 14 anni; specificare se:

1. figlio/a in età scolare con certificazione di invalidità;
2. con certificazione DSA o BES;
3. maggiore tempo di percorrenza dall’abitazione del dipendente alla sede:

specificare il tempo medio di percorrenza: ………………………………………………………..

Dichiaro di avere sottoscritto un contratto di lavoro agile e di optare, nel caso in cui mi collochi in posizione utile, per il Telelavoro: Sì / No

 Firma del/la Dipendente