



ALL. A

MODULO DI RICHIESTA LAVORO AGILE

Al Direttore della
Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest
A Orienta

Domanda di attivazione del lavoro agile alla prestazione lavorativa

Il/La sottoscritto/a _____

lavoratore _____

con profilo di _____ Categoria _____ Matricola _____

CHIEDE

Di poter svolgere la propria prestazione lavorativa presso la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest in modalità "agile", secondo i termini, le tempistiche e le modalità da concordare nell'Accordo individuale da sottoscrivere con il Direttore.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti

DICHIARA

(barrare una o più caselle)

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

- lavoratori/trici fragili (solo in caso di disposizioni Ministeriali che ne diano priorità): soggetti in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ivi inclusi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992, e ss.mm.ii.;
- lavoratori/trici con figli e/o altri conviventi in condizioni di disabilità certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3, della legge n. 104/1992, e ss.mm.ii., con figli con disturbi specifici dell'apprendimento riconosciuti ai sensi della legge n. 170/2010 o con bisogni educativi speciali (indicare nominativo assistito _____);
- lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 (indicare nominativo figlio/a _____);
- lavoratori/trici con figli conviventi nel medesimo nucleo familiare minori di quattordici anni (indicare nominativo figlio/a _____);
- lavoratori/trici residenti o domiciliati in Comuni diversi dalla sede di svolgimento dell'attività lavorativa, tenuto conto della distanza chilometrica tra il luogo di residenza o di domicilio e la sede di lavoro (specificare il Comune di residenza/domicilio: _____);

- lavoratrici in stato di gravidanza (indicare data presunta del parto _____) ;
 altro _____ ;

DICHIARA ALTRESI'

(barrare la casella corrispondente):

- di aver preso visione del Disciplinare per l'applicazione del lavoro agile approvato in data _____ e di accettarne tutte le disposizioni;
 di aver preso visione dell'Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile di cui all'allegato _____ del citato Disciplinare.
 di essere disponibile, nelle more della messa a disposizione della strumentazione fornita dall'Ente, ad utilizzare la propria strumentazione tecnologica, di seguito descritta:

- di individuare il seguente luogo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile (barrare una casella ed indicarne l'indirizzo):

Residenza _____.

Domicilio _____.

Altro luogo (da specificare) _____.

PROPONE

la seguente articolazione della prestazione in modalità agile (indicare i giorni della settimana – max 2) :*
LUN MAR MER GIO VEN

* Si ricorda che, ai sensi dell'art. 8, comma 2, del Disciplinare, deve essere assicurata la prevalenza della prestazione in presenza, sia in termini di giorni che di orario di lavoro settimanali)

Data _____

Firma _____

Copia della presente domanda firmata, è trasmessa dal dipendente al Servizio Affari Generali e Gestione del Personale.