



## Allegato A - Domanda di attivazione lavoro agile personale del comparto sanità

Al Direttore/Responsabile della struttura

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

con profilo di \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile, nel rispetto del regolamento aziendale adottato con deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e secondo i termini, le tempistiche e le modalità definite nell'Accordo individuale.

A tal fine, valendomi della facoltà concessa dagli artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000 ed a conoscenza che:

- in caso di dichiarazioni mendaci saranno applicate nei miei confronti le sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR. 445/2000;
- in caso di dichiarazioni non veritiere, è prevista la decadenza dal beneficio eventualmente conseguito ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000;

### DICHIARA

di rientrare nella/e categoria/e di priorità\* di seguito elencata/e (all'occorrenza certificate e/o documentate):

- dipendenti con figli fino a 12 anni di età;
- dipendenti con figli, senza limiti di età, in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, co. 3 della L. n. 104/92;
- dipendenti con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, co. 1, della L. n. 104/1992 o che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, co.255, L. n. 205/2017;
- lavoratrici in stato di gravidanza;
- lavoratrici che fruiscono dei congedi in favore delle vittime di violenza di genere di cui all'art. 24 del D. Lgs. n. 80/2015 in quanto inserita in percorsi di protezione;
- dipendenti "fragili" in possesso di certificazione, rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologia oncologica o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, compresi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità (articolo 3, comma 3, della L. 104/1992) e i lavoratori affetti da patologie e condizioni di cui al D.M. del 4 febbraio 2022;
- dipendenti in possesso di certificazione rilasciata dal medico competente che ne raccomanda la fruizione;
- dipendenti con certificato di invalidità superiore al 46% riconosciuta ai sensi della L. n. 68/99;
- dipendenti in quarantena in quanto contatti stretti di positivo per la durata della quarantena;
- dipendenti con figli fino ai 16 anni in caso di chiusura della scuola/classe o di attivazione della didattica a distanza per motivi dovuti alla pandemia;
- dipendenti che risiedono in Comuni distanti più di 40 Km dal luogo di lavoro.

**\* Il possesso delle suddette condizioni non attribuisce alcun diritto allo svolgimento del lavoro agile ma esclusivamente una priorità rispetto agli altri dipendenti**



DICHIARA altresì:

- di non necessitare di alcuna strumentazione fornita dall'azienda essendo in possesso della seguente strumentazione tecnologica personale che rispetta i requisiti minimi di sicurezza indicati nella procedura operativa VPN, allegata al regolamento (*Allegato E*):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- di necessitare per lo svolgimento della prestazione lavorativa da remoto della seguente strumentazione tecnologica fornita dall'azienda\*\*:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\* L'ASST fornirà l'idonea dotazione tecnologica compatibilmente con le disponibilità esistenti (l'autorizzazione verrà temporaneamente sospesa in caso di indisponibilità della strumentazione).

Infine DICHIARA

- di aver preso visione del regolamento aziendale sul lavoro agile approvato con deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e di accettare tutte le disposizioni in esso previste.

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

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

CONTATTO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO VNC PC AZIENDALE: \_\_\_\_\_

E-MAIL AZIENDALE (o se mancante personale): \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma richiedente \_\_\_\_\_

Il Responsabile/Direttore della struttura \_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

vista la richiesta di cui sopra;

**verificati i presupposti e le condizioni per l'attivazione del lavoro agile previsti agli artt. 4 e 5 del vigente regolamento aziendale;**

- AUTORIZZA** lo svolgimento della prestazione lavorativa in lavoro agile secondo i termini, le tempistiche e le modalità definite nell'accordo individuale allegato alla presente;

- NON AUTORIZZA** per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DIRETTORE/RESPONSABILE

\_\_\_\_\_

La presente richiesta e l'accordo individuale vanno trasmessi all'UOC Politiche e gestione delle risorse umane per i successivi adempimenti.