



All'Area Personale e Organizzazione

RICHIESTA DI ACCESSO AL TELELAVORO 2023-24

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)

residente in _____ in Via _____

dipendente di ruolo di questa Università degli Studi in servizio presso _____

_____ categoria _____

Responsabile della Struttura _____

Responsabile UO _____

con rapporto di lavoro a: tempo pieno tempo parziale

CHIEDE

di poter accedere al **Telelavoro - 2023-24**.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- Disabilità psicofisica del dipendente ai sensi della legge 68/99 o patologia grave ai sensi del D.M. Sanità n. 329/1999 (*copia verbale commissione medico legale ASL*)
- Assistenza a parenti, coniuge o affini entro il secondo grado o a conviventi more uxorio in situazione di grave infermità psicofisica accertata ai sensi della legge 104/92 o con patologia grave ai sensi del D.M. Sanità n. 329/1999 (*copia verbale commissione medico legale ASL e Allegato A*)
- Assistenza a familiari o affini entro il secondo grado, in situazione di grave infermità psicofisica accertata ai sensi della legge 104/92 o con patologia grave ai sensi del D.M. Sanità n. 329/1999, non conviventi (*copia verbale commissione medico legale ASL e Allegato B*)
- Figli in età 0-6 anni: n _____ (*allegati A e C*)
- Figli in età 7-11 anni: n _____ (*allegati A e C*)



- Figli in età 12-14 anni: n _____ (*allegati A e C*)
- Genitore o affidatario unico con figlio fino a 14 anni compiuti (*allegato A*)
- Distanza tra l'abitazione del dipendente e la sede di lavoro, espressa in minuti di percorrenza (treno o altri mezzi pubblici) (*percorso consigliato da "Google Maps" della distanza in minuti dall'abitazione alla sede di lavoro*)
- Oltre 60
 - Da 30 a 60
 - Da 15 a 30
 - fino a 15

- di optare per il regime a tempo pieno, qualora il regime di lavoro attuale sia a tempo parziale; e che l'orario della prestazione settimanale sarà il seguente:

Giorno	Orario in telelavoro (dalle ore alle ore)	Totale ore	Orario in ufficio (dalle ore alle ore)	Totale ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				

- di essere in grado di utilizzare le tecnologie informatiche indispensabili per il telelavoro SI NO
- di possedere una connessione ADSL o Fibra Ottica presso il proprio domicilio SI NO
- di essere disponibile a utilizzarla in Telelavoro SI NO
- di possedere una seduta ergonomica fornita dall'Ateneo SI NO
- di possedere una seduta ergonomica idonea SI NO

Chiede inoltre di poter usufruire della seguente strumentazione:

Strumentazione hardware:

- PC portatile



Software

- Microsoft Office
- Programma UGOV
- Programma CSA
- Programma ESSE3
- Programma SEBINA
- Altro (specificare)

Servizi di rete

- Internet
- Cartelle condivise
- Softphone (telefono sul desktop)

Si allega alla presente:

- Piano delle attività progettuali, che si dichiarano telelavorabili, approvato dal Responsabile apicale della Struttura di afferenza, sentito il Responsabile diretto, con l'indicazione degli obiettivi che si intendono perseguire
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia (Allegato A)
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di parentela (Allegato B)
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione dei genitori (Allegato C)

- Disabilità psicofisica/Assistenza familiari, parenti o affini certificata da struttura pubblica competente (copia verbale commissione medico legale ASL) prevista per l'applicazione dei criteri di cui all'art. 5 - punti a), b), e c) del Bando stesso – **se non già depositata agli atti dell'Amministrazione**
- Documentazione medico legale già in possesso dell'Amministrazione

- Percorso consigliato da "Google Maps" della distanza in minuti dall'abitazione alla sede di lavoro
- Altro (specificare) _____

Il/la dipendente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai propri recapiti e ai requisiti richiesti per l'accesso al telelavoro, e di fornire al termine del primo trimestre e del primo semestre al Responsabile di struttura di appartenenza una relazione dell'attività svolta.

Qualora il/la dipendente fosse autorizzato a svolgere l'attività in modalità di telelavoro, esprime sin da ora, il proprio impegno a rispettare le prescrizioni previste nelle Linee Guida per il Telelavoro.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Università può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (D.Lgs n. 196 del 30.06.2003, art. 18).

Firma del/la dipendente _____



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

Autorizzo il/la dipendente _____ a svolgere l'attività
descritta nel progetto di telelavoro nei giorni e negli orari concordati.

Firma e timbro del/la Responsabile apicale di Struttura _____

Data _____