

**ALLEGATO 1 - modello di istanza di attivazione del lavoro agile o da remoto**

Al Segretario /  
Responsabile del Settore

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in  
servizio presso (indicare Ufficio e Settore di appartenenza)

\_\_\_\_\_

Profilo di \_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità:

- AGILE
- DA REMOTO

secondo i termini, le tempistiche e le modalità da concordare nell'Accordo individuale da sottoscrivere con il Segretario/Responsabile di Posizione Organizzativa competente per il Settore di incardinamento.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti +

**DICHIARA**

- di necessitare per lo svolgimento della prestazione lavorativa da remoto, della seguente strumentazione tecnologica (*di norma da intendersi in connessione, PC e telefono*) fornita dall'Amministrazione:

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

- di non necessitare di alcuna strumentazione fornita dall'Amministrazione essendo in possesso della seguente strumentazione tecnologica (*di norma da intendersi in connessione, PC e telefono*):

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

**DICHIARA altresì:**

(barrare una sola casella corrispondente) di rientrare nella/e categoria/e di seguito elencate (all'occorrenza certificate e/o documentate):

- Lavoratrice nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al D. Lgs. n. 151/2001;
- Lavoratrice in stato di gravidanza;

- Lavoratore/trice con figli e/o altri conviventi in condizioni di disabilità certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 o con figli con disturbi specifici di cui alla L. 170/2010;
- Lavoratore fragile: soggetto 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'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992;
- Lavoratore/trice residente o domiciliato/a in comune al di fuori di quello di Castelnuovo Magra, la cui distanza casa-lavoro, calcolata sui tempi di percorrenza del trasporto pubblico, è superiore ad 1 ora per singolo viaggio;
- Lavoratore/trice con figli conviventi nel medesimo nucleo familiare minori (fino a 16 anni compiuti)
- Lavoratore/trice con figli conviventi affetti da SARS CoV-2, in quarantena da contatto o con attività didattica o educativa in presenza sospesa o con centri diurni assistenziali chiusi;
- altre situazioni particolari, la cui valutazione sarà effettuata dal competente Responsabile\_\_\_\_\_;
- Lavoratore/trice non rientrante in alcuna delle precedenti categorie.

Infine

#### DICHIARA

- di aver preso visione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), della disciplina prevista dagli artt. 63 e ss del C.C.N.L Funzioni Locali del 16.11.2022 e dagli artt. 18 e ss. della legge 22 maggio 2017, n. 81,;
- di aver preso visione dell'Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile;
- di aver preso visione dell'Informativa in materia di privacy;

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

Residenza

\_\_\_\_\_

Domicilio

\_\_\_\_\_

Altro luogo (da specificare)

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dipendente \_\_\_\_\_