**ALLEGATO A**

Al Direttore del:

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

**Oggetto: Richiesta attivazione lavoro agile**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

residente /domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profilo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

L'attivazione di un progetto straordinario di lavoro agile presso la suindicata residenza/domicilio per le seguenti attività:

|  |  |
| --- | --- |
| **PROCEDIMENTI DI RIFERIMENTO**  **(indicare area operativa inerente il carico di lavoro assegnato)** | **ATTIVITA' DA REMOTO** |
|  |  |
|  |

Per l'attività di lavoro agile il sottoscritto dichiara di essere in possesso di postazione di lavoro, dotata dei requisiti minimi necessari, così strutturata:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sistemi di supporto** | Spuntare e/o indicare il dato se richiesto nella colonna a fianco l’opzione | |
| Hardware | postazione fissa |  |
| postazione mobile |  |
| scanner |  |
| stampante |  |
| Software | Office e/o similari |  |
| antivirus |  |
| Servizi in rete | Connessione Internet |  |
| Posta elettronica  (indicare indirizzo email/PEC) |  |
| Strumentazione | Telefono  (indicare numero) |  |
|  | Altro  (specificare) |  |

Precisa che la richiesta è motivata dalle seguenti priorità:

lavoratore portatore di patologia che lo rende più esposto al contagio

lavoratore su cui grava la cura dei figli a seguito della contrazione dei servizi scolastici

lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità di cui all'art.

16 del D.Lgs 151/2001

lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 del L. 104/1992

Altro

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Firma