

**Modello 1**

## **RICHIESTA PER L'ACCESSO AL TELELAVORO DOMICILIARE**

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

domiciliato (se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato a:

☐ tempo pieno

☐ part time orizzontale al \_\_\_\_\_ (indicare la percentuale)

☐ part time verticale al \_\_\_\_\_ (indicare la percentuale)

Giorni settimanali di presenza (per il part-time verticale): \_\_\_\_\_

Qualifica/Area \_\_\_\_\_

in servizio presso

Struttura/Servizio: \_\_\_\_\_ Direttore \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di accedere al telelavoro domiciliare.

**Consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R n.445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R.**

### **DICHIARA**

sotto la propria responsabilità

a) di possedere i seguenti requisiti (la mancanza dei seguenti requisiti comporterà l'esclusione dalla graduatoria):

☐ abitabilità del proprio alloggio, ovvero idoneità impianti elettrici, riscaldamento e luogo di lavoro;

☐ disponibilità di connessione ad un collegamento ADSL;

☐ impegno a telelavorare presso la residenza/il domicilio per tutta la durata del progetto;

**b) di trovarsi nelle seguenti condizioni:**

☐ disabilità psico-fisica e/o sensoriale in situazione di gravità, accertata ai sensi della L. 104/92.

La relativa documentazione (verbale di accertamento rilasciato dalla commissione competente):

☐ sarà allegata all'istanza di accesso ☐ sarà oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà

☐ disabilità psico-fisica e/o sensoriale con percentuale:

☐ < 46%

☐ ≥ 46%

La relativa documentazione (verbale di accertamento rilasciato dalla commissione competente):

☐ sarà allegata all'istanza di accesso ☐ sarà oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà

☐ dipendente con coniuge, parente o affine (entro il II grado e nei casi previsti dalla legge 104/92) con disabilità in situazione di gravità.

La relativa documentazione (verbale di accertamento rilasciato dalla commissione competente):

☐ sarà allegata all'istanza di accesso ☐ sarà oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà

☐ dipendente con coniuge, parente o affine (entro il II grado) con una percentuale di disabilità ≥ 46%

La relativa documentazione (verbale di accertamento rilasciato dalla commissione competente):

☐ sarà allegata all'istanza di accesso ☐ sarà oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà

☐ "tutela della maternità", periodi non ricompresi nel congedo obbligatorio.

Lo stato di gravidanza:

☐ sarà allegata all'istanza di accesso ☐ sarà oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà.

☐ figli/e in età fino a 14 anni compiuti:

☐ da 0 a 3 anni compiuti

☐ da 4 a 8 anni compiuti

☐ da 9 a 14 anni compiuti

☐ monogenitrice/tore (nucleo monoparentale come previsto dal D. Lgs.151/2001: morte o abbandono di un una/un genitrice/ore, affidamento del figlio/a con provvedimento formale a una/un solo genitrice/ore, mancato riconoscimento del figlio/a da parte di una/un genitrice/ore) di una/o figlia/o in età fino a 14 anni compiuti.

☐ domicilio/residenza fuori dal comune della sede di servizio, con distanza del domicilio/residenza dalla sede di lavoro pari a:

☐ da 40 a 60 km

☐ > di 60 km

Farà fede la distanza più breve calcolata attraverso la funzionalità di Google Maps (con <http://maps.google.it>), con parametro "auto" e indicando gli indirizzi di partenza e destinazione.

## ATTIVITA' LAVORATIVA OGGETTO DI TELELAVORO

Descrizione delle attività da svolgere presso il domicilio/residenza

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dati, informazioni, documenti prodotti dallo svolgimento dell'attività (indicare se il dato o documento è in formato digitale)

- \_\_\_\_\_ ☐ digitale
- \_\_\_\_\_ ☐ digitale
- \_\_\_\_\_ ☐ digitale
- \_\_\_\_\_ ☐ digitale

### Strumentazione:

(indicare la strumentazione necessaria per lo svolgimento dell'attività)

Hardware	Software
<input type="checkbox"/> Personal Computer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stampante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scanner	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Cartelle condivise
	<input type="checkbox"/> Firma digitale
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

Le giornate lavorative in telelavoro possono essere al massimo 4 e/o 5 la settimana per calendari settimanali articolati su 5 o 6 giorni lavorativi e vengono conteggiate come normale orario di lavoro e servizio.

**- orario di lavoro proposto (Le giornate lavorative in telelavoro possono essere al massimo 4 e/o 5 la settimana per calendari settimanali articolati su 5 o 6 giorni lavorativi e vengono conteggiate come normale orario di lavoro e servizio):**

	IN DOMICILIO	IN UFFICIO	Orario di reperibilità (solo per le giornate in telelavoro)
<b>Lunedì</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Martedì</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mercoledì</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Giovedì</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Venerdì</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sabato</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**- durata del progetto (minimo 6 mesi massimo 12 mesi) \_\_\_\_\_.**

Il/la dipendente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai propri recapiti e ai requisiti richiesti per l'accesso al telelavoro,

Qualora Il/dipendente fosse autorizzato a svolgere l'attività in modalità di telelavoro, esprime sin da ora, il proprio

- ☐ consenso, previo preavviso  
☐ non consenso,

alla verifica preventiva da parte del Servizio competente in materia di prevenzione e protezione aziendale e dalla Direzione ICT.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Azienda 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).

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

**Modello 2**

## PROPOSTA DI PROGETTO DI TELELAVORO

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_

Con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato a:

☐ tempo pieno

☐ part time orizzontale al \_\_\_\_\_ (indicare la percentuale)

☐ part time verticale al \_\_\_\_\_ (indicare la percentuale)

Giorni settimanali di presenza (per il part-time verticale): \_\_\_\_\_

Qualifica/Area \_\_\_\_\_

in servizio presso

Struttura/Servizio: \_\_\_\_\_

formula la seguente proposta di progetto di telelavoro.

Il progetto ha ad oggetto lo svolgimento in telelavoro delle seguenti attività:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

**Modello 3**

**AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO TELELAVORO**

Il direttore/responsabile \_\_\_\_\_

del/la Struttura/Servizio: \_\_\_\_\_

esprime parere favorevole al telelavoro domiciliare avente durata di mesi \_\_\_\_\_,

proposta dal/la dipendente:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_

Con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato a:

☐ tempo pieno

☐ part time orizzontale al \_\_\_\_\_ (indicare la percentuale)

☐ part time verticale al \_\_\_\_\_ (indicare la percentuale)

Giorni settimanali di presenza (per il part-time verticale): \_\_\_\_\_

Qualifica/Area \_\_\_\_\_

L'attività di telelavoro domiciliare si svolgerà secondo i giorni e gli orari concordati nella domanda presentata attraverso le seguenti modalità:

**- Modificazioni organizzative:**

☐ individuazione di un referente per le attività in telelavoro, nella struttura organizzativa di appartenenza del telelavoratore

☐ utilizzo di strumenti per la gestione di dati e documenti digitali condivisi

☐ comunicazione attraverso la rete internet

☐ pianificazione periodica delle attività lavorative

Eventuali altre indicazioni:

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

**- Modalità di verifica della prestazione:**

Verifica periodica da parte di un soggetto incaricato (indicare se Direttore, Responsabile o Referente) delle attività lavorative svolte in telelavoro attraverso

☐ report periodico delle attività lavorative a cadenza

☐ incontri periodici in sede

Eventuali altre indicazioni:

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

Non autorizzo per i seguenti motivi:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Firma del Direttore/responsabile \_\_\_\_\_

**Modello 4**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA**

(articolo 46 d. P. R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente  
(luogo) (provincia) (giorno, mese, anno)  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(luogo) (indirizzo)

*consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)*

**DICHIARA** che la propria famiglia si compone di:

1. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (giorno, mese, anno) (luogo)  
\_\_\_\_\_  
(indicare il rapporto con il dichiarante)
2. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (giorno, mese, anno) (luogo)  
\_\_\_\_\_  
(indicare il rapporto con il dichiarante)
3. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (giorno, mese, anno) (luogo)  
\_\_\_\_\_  
(indicare il rapporto con il dichiarante)

Inoltre dichiara di essere in una delle seguenti condizioni:

- ☐ Genitore unico con figlio fino a 14 anni compiuti (Legge 54 art. 1 del 8.2.2006)
- ☐ Genitore unico affidatario con figlio fino a 14 anni compiuti (Legge 54 art. 1 del 8.2.2006)
- ☐ Genitore adottivo o affidatario con figlio minore presente nello stato di famiglia dal \_\_\_\_\_  
(giorno, mese, anno)

luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi**



**Modello 5****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI CONFORMITA'***(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai fini dello svolgimento dell'attività di telelavoro domiciliare per l'annualità 2024-2025, dichiara che ai sensi del decreto legislativo n.81/2008, il locale destinato all'attività lavorativa in telelavoro, sito in Via \_\_\_\_\_, sono in possesso dei requisiti di seguito indicati:

**1. Attrezzature**

a) Osservazione generale

b) Piano di lavoro.

- Il piano di lavoro deve avere una superficie a basso indice di riflessione, essere stabile, di dimensioni sufficienti a permettere una disposizione flessibile dello schermo, della tastiera, dei documenti e del materiale accessorio.
- L'altezza del piano di lavoro fissa o regolabile deve essere indicativamente compresa fra 70 e 80 cm. Lo spazio a disposizione deve permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori, nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli se presenti.
- La profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo.
- Il supporto per i documenti deve essere stabile e regolabile e deve essere collocato in modo tale da ridurre al minimo i movimenti della testa e degli occhi.

c) Sedile di lavoro.

- Il sedile di lavoro deve essere stabile e permettere all'utilizzatore libertà nei movimenti, nonché una posizione comoda. Il sedile deve avere altezza regolabile in maniera indipendente dallo schienale e dimensioni della seduta adeguate alle caratteristiche antropometriche dell'utilizzatore.
- Lo schienale deve fornire un adeguato supporto alla regione dorso-lombare dell'utente. Pertanto deve essere adeguato alle caratteristiche antropometriche dell'utilizzatore e deve avere altezza e inclinazione regolabile.
- Nell'ambito di tali regolazioni l'utilizzatore dovrà poter fissare lo schienale nella posizione selezionata.
- Il sedile deve essere dotato di un meccanismo girevole per facilitare i cambi di posizione e deve poter essere spostato agevolmente secondo le necessità dell'utilizzatore.

**2. Ambiente**

a) Spazio

- Il posto di lavoro deve essere ben dimensionato e allestito in modo che vi sia spazio sufficiente per permettere cambiamenti di posizione e movimenti operativi.

b) Illuminazione

- L'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante, tenuto conto delle caratteristiche del lavoro e delle esigenze visive dell'utilizzatore.
- Riflessi sullo schermo, eccessivi contrasti di luminanza e abbagliamenti dell'operatore devono essere evitati disponendo la postazione di lavoro in funzione dell'ubicazione delle fonti di luce naturale e artificiale.
- Si dovrà tener conto dell'esistenza di finestre, pareti e attrezzature di colore chiaro che possono determinare fenomeni di abbagliamento diretto e/o indiretto e/o riflessi sullo schermo.
- Le finestre devono essere munite di un opportuno dispositivo di copertura regolabile per attenuare la luce diurna che illumina il posto di lavoro.

c) Rumore

- Il rumore emesso dalle attrezzature presenti nel posto di lavoro non deve perturbare l'attenzione e la comunicazione

verbale.

d) Parametri microclimatici

- Le condizioni microclimatiche non devono essere causa di discomfort per i lavoratori.
- Le attrezzature in dotazione al posto di lavoro non devono produrre un eccesso di calore che possa essere fonte di discomfort per i lavoratori.

**Il sottoscritto dichiara inoltre che:**

- impianti elettrici, di riscaldamento o condizionamento, idrico-sanitari e tecnologici in genere, sono stati progettati e installati a regola d'arte, nel rispetto delle norme di buona tecnica, in conformità a quanto previsto dalla Legge 186/1968, dal DPR 462/2001, dal D.M. n.37 del 22 gennaio 2008 (G.U. n.61 del 12 marzo 2008), e sono provvisti di certificazione e dichiarazione di conformità redatta secondo criteri e requisiti delle disposizioni di legge;
- le condizioni ambientali sono idonee in termini di illuminazione, microclima, rumore e più in generale in termini di esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici;
- lo spazio destinato all'attività lavorativa è distinto da quello riservato alle normali attività domestiche e familiari, al fine di facilitare la separazione tra tempi e ritmi di lavoro e tempi e ritmi di vita casalinga e quotidiana e di ottimizzare l'interazione con gli altri abitanti dell'appartamento per non creare disagi e situazioni potenzialmente stressanti per il telelavoratore stesso;
- di essere informato che è fatto espresso divieto di collocare computer, fax, stampante e altre apparecchiature elettriche in locali che per destinazione d'uso o tipologia non sono adatti ad ospitarli, sia in termini strutturali e impiantistici che in termini di svolgimento delle normali attività domestiche;
- consentirà, previo preventivo accordo, a personale dell'Azienda autorizzato l'accesso ai locali per eventuali controlli.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il telelavoratore

\_\_\_\_\_  
*Firma*

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi

**Modello 6**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA'**

(articoli 46- 47 D. P. R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente  
(luogo) (provincia) (giorno, mese, anno)  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(luogo) (indirizzo)

*consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)*

**DICHIARA**

- Di essere in stato di gravidanza, con data presunta del parto \_\_\_\_\_

luogo e data

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL/LA DIPENDENTE

\_\_\_\_\_

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi**

**Modello 7**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA'**

(artt. 46/47 D. P. R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente  
(luogo) (provincia) (giorno, mese, anno)  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(luogo) (indirizzo)

*consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)*

**DICHIARA:**

**di prestare assistenza a:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
grado di parentela: \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

che si trova in situazione di gravità psico-fisica accertata ai sensi della legge 104/92.

luogo e data

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL/LA DIPENDENTE

\_\_\_\_\_

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi**

**Modello 8**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA'**

(artt. 46/47 D. P. R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente  
(luogo) (provincia) (giorno, mese, anno)  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(luogo) (indirizzo)

*consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)*

**DICHIARA:**

**di trovarsi in una delle seguenti condizioni a:**

- ☐ di essere portatore di handicap, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n° 104, essendo stato visitato (in data \_\_\_\_\_) dalla commissione preposta \_\_\_\_\_ la quale ha
- ☐ espresso il seguente giudizio: portatore di handicap con carattere di permanenza in situazione di gravità;
- ☐ di essere portatore di handicap, riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 1 della legge 5 febbraio 1992, n° 104, essendo stato visitato (in data \_\_\_\_\_) dalla commissione preposta \_\_\_\_\_ la quale ha espresso il seguente giudizio: \_\_\_\_\_
- ☐ altra invalidità e/o disabilità (specificare): \_\_\_\_\_
- ☐ di essere portatore di menomazioni o limitazioni funzionali permanenti, essendo stato visitato ai fini del riconoscimento dell'invalidità (in data \_\_\_\_\_) dalla commissione di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990 n° 295 , presso l'A.S.L. di \_\_\_\_\_ o da analoga commissione (indicare il collegio medico \_\_\_\_\_) la quale ha espresso il seguente giudizio (grado di invalidità/inabilità) \_\_\_\_\_

luogo e data

FIRMA DEL/LA DIPENDENTE

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi**