



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA PARTECIPAZIONE
AL PROGETTO PILOTA VELA – LAVORO AGILE

Io sottoscritto/a _____, matricola _____

Assegnato/a alla Direzione _____

Servizio _____

Ufficio _____

Indirizzo dell'Ufficio (Via, n. civico, comune)

Tel.fisso (di servizio) _____ Tel. Cell. (di servizio) _____

Domicilio o Residenza (Via, n. civico, comune) _____

Recapito telefonico personale _____

MANIFESTA INTERESSE PER LA SEGUENTE MODALITA' DI LAVORO AGILE:

(SCEGLIERE CON UNA X)

Domiciliare (con possibili rientri in sede)

Telecentro (con possibili rientri in sede) nella sede di: GO UD TS PN TOLMEZZO

inoltre

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARO

Di essere dipendente con documentazione medica attestante:

con invalidità pari al%

con invalidità superiore al 74%

con riconoscimento dei benefici previsti dalla legge 104/92

Altro

- o Di essere dipendente al/alla quale sono riconosciuti i benefici della legge 104/92 per un proprio familiare coniuge/convivente, figli, genitori, fratelli, suoceri

 - o Di essere dipendente al/alla quale sono riconosciuti i benefici della legge 104/92 per un proprio familiare coniuge/convivente, figli, genitori, fratelli, suoceri

 - o Di essere dipendente che assiste un proprio familiare in base alla seguente documentazione medica che ne attesta le necessità coniuge/convivente, figli, genitori, fratelli, suoceri
-

- o Fino a 30 km
- o Tra 31 e 70 km
- o Oltre 71 km

La tipologia di lavoro attualmente svolta richiede lo spostamento tra più sedi esterne o dell'Amministrazione Regionale:

SI NO

Per l'ipotesi del lavoro domiciliare, con riferimento al proprio domicilio:

Si dispone di una connessione ad internet su rete fissa banda larga: SI NO

Si dispone di monitor almeno 21", tastiera e mouse USB: SI NO

Si dispone di una Sedia a 5 razze con meccanismo antiribaltamento: SI NO

Si allegano n.3 foto (da diverse angolazioni) dell'area/stanza/scrivania da adibire a zona ufficio.

Sono consapevole che questa istanza non costituisce in alcun modo un obbligo per l'AR di accoglimento dell'istanza di partecipazione all'azione sperimentale.

Data _____

Firma del dipendente _____

N.B. La documentazione non deve essere generica ma riconducibile ad una effettiva necessità del dipendente e/o alla effettiva necessità di una sua presenza per l'assistenza ad un familiare, e deve essere prodotta da un ente pubblico esterno all'AR.

IL VICEPRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE