

Roma, _____

Dr. A. NISATI
Direttore INFN Sezione di Roma
S E D E

Il/La sottoscritto/a _____, dipendente dell'INFN e inquadrato/a nel profilo professionale _____, livello _____, assegnato/a alla Struttura INFN di Roma, in riferimento alla circolare Prot. N. 1222 del 09/10/2019 comunica la propria candidatura per una attività di telelavoro con la seguente motivazione:

☐ **Tabella 1** – “cure ai familiari” le cure da prestare ai familiari, dimostrate con la certificazione rilasciata dalle strutture pubbliche competenti (cfr. all. b) sono:

- cure temporanee: (descrizione)

- cura dei propri figli: (indicare cognome, nome e data di nascita)

- cure continuative: (descrizione)

☐ **Tabella 2** – “disagio psico-fisico” i disagi personali, provati con certificati medici attestanti disagi psicofisici, sono (cfr. all. a): (descrizione)

☐ **Tabella 3** – “distanza dimora abituale/sede di lavoro”: indicare l'indirizzo del luogo da dove abitualmente si parte per andare al lavoro:

Il/La sottoscritto/a dichiara, nel caso in cui la propria candidatura venga accettata, di trasformare il proprio rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno. (facoltativo) ☐ SI ☐ NO

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità che:

1. l'indirizzo della sede dove intende svolgere l'attività di telelavoro è:

2. l'indirizzo del luogo da cui abitualmente si reca al lavoro, solo nel caso in cui non coincida con la residenza dichiarata, è:

3. la distanza tra dimora abituale e sede di lavoro è di _____ Km. (calcolata utilizzando google maps)

4. tabella 4 “part-time” (indicare la percentuale del rapporto di lavoro in relazione al tempo pieno) :

5. l'articolazione dell'orario di telelavoro che si propone di rispettare è la seguente:

Data _____

Firma

Allegati

- _____
- a) Certificati medici attestanti disagi psico fisici;*
 - b) certificati di strutture pubbliche competenti attestanti cure a familiari;*
 - d) copia del proprio documento di identità in corso di validità.*