**Mod 1**

All’Università degli Studi di Udine

Direzione Risorse Umane e Affari Generali

Sede

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

categoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_ area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso la seguente struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e con impegno orario al \_\_\_\_\_\_\_\_% orizzontale

verticale

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a svolgere attività di lavoro agile.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità quanto segue:

a) di aver fruito del periodo di congedo di maternità, previsto dall’art. 16 del D.lgs. n. 151/2001, per il figlio:

indicare nome, cognome e data di nascita del figlio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) di avere figli in condizioni di disabilità ai sensi dell’art. 3, comma 3, della L. 104/1992:

indicare nome, cognome e data di nascita dei figli: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) di trovarsi nella seguente condizione di disabilità psico-fisica, tale da rendere disagevole il raggiungimento della sede di lavoro:

barrare la situazione fra le seguenti:

* *Handicap con connotazione di gravità ai sensi dell’art 3, comma 3 della L104/92 ovvero invalidità civile, del lavoro, per servizio superiore al 75%;*
* *Handicap ai sensi dell’art 3, comma 1 della L. 104/92 ovvero invalidità civile, del lavoro, per servizio, tra il 51% e il 75%;*
* *Invalidità civile, del lavoro, per servizio tra il 46% e il 50%;*
* *Gravi patologie invalidanti di cui al Regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'art. 5 comma 1, lettera a) del D.lgs. 29 aprile 1998;*
* *Altre situazioni di disabilità psico fisiche:*

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

d) di trovarsi nella situazione di stato di gravidanza non in condizioni di tutela della maternità di cui al D.lgs. n. 151/2001:

indicare la data presunta del parto

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

e) di avere esigenze di assistenza nei confronti del coniuge/convivente/familiari, affetti da handicap o patologie invalidanti, opportunamente certificate:

indicare nome, cognome, relazione con il dichiarante all’interno del nucleo familiare e presenti nello stato di famiglia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

barrare la situazione fra le seguenti:

* *Handicap con connotazione di gravità ai sensi dell’art 3, comma 3 della L. 104/92;*
* *Handicap ai sensi dell’art 3, comma 1 della L. 104/92;*
* *Gravi patologie invalidanti di cui al Regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'art. 5 comma 1, lettera a) del D.lgs. 29 aprile 1998;*

f) di avere esigenze di cura di figli minori fino al compimento dei 14 anni

indicare nome, cognome, data di nascita dei figli\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

barrare la situazione se presente:

* *essere padre o madre singoli affidatari esclusivi dei figli*

g) che la distanza tra la propria residenza e la sede di lavoro, calcolata consultando il sito www.viamichelin.it e prendendo a riferimento il “percorso consigliato” è la seguente:

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

h) di avere esigenze di cura nei confronti di parenti e affini entro il secondo grado affetti da handicap o patologie invalidanti opportunamente certificate:

indicare nome, cognome, grado di parentela o affinità con il dichiarante:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

barrare la situazione fra le seguenti:

* *Handicap con connotazione di gravità ai sensi dell’art 3, comma 3 della L.104/92;*
* *Handicap ai sensi dell’art 3, comma 1 della L. 104/92;*
* *Gravi patologie invalidanti di cui al Regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'art. 5 comma 1, lettera a) del D.lgs. 29 aprile 1998;*

barrare la situazione fra le seguenti:

* *Dichiara di essere in possesso della documentazione medica/sanitaria relativa alle situazioni di cui ai punti b), c), d), e), h) e di essere consapevole che potrà essere tenuta/o ad esibirla, in caso di verifiche da parte dell’Amministrazione.*
* *Dichiara che l’Amministrazione è già in possesso della documentazione medica/sanitaria relativa alle situazioni di cui ai punti b), c), d), e), h).*

**PRENDE ATTO**

che i dati personali sopra riportati saranno trattati unicamente per le finalità di gestione della procedura per la quale vengono rilasciati, ai sensi di quanto disposto dal D.lgs. 196/2003 e dal Reg. UE 2016/679 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali) e che per maggiori informazioni può consultare il seguente link:

<https://www.uniud.it/it/pagine-speciali/guida/TA-privacy/GDPR%20TA>

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati:

- proposta di progetto di lavoro agile;

- parere del Responsabile della struttura.