

Domanda di candidatura per attività di telelavoro

da inviare al Direttore della Struttura

La/il sottoscritta/o dipendente dell'INFN e inquadrata/o nel profilo professionale, livello assegnata/o ai **Laboratori Nazionali di Frascati**, in riferimento alla circolare n. AOODPAG-2020-0001067 del 30/10/2020 comunica la propria candidatura per un'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: (cognome e nome e data di nascita)
- cure continuative (descrizione)

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

tabella 3 “distanza dimora abituale/sede di lavoro”: indicare l'indirizzo del luogo da dove abitualmente 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, allegare richiesta di trasformazione).

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli articoli 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;*
- c) *copia del proprio documento di identità in corso di validità.*