

**Al Dirigente dell'Area risorse umane  
dell'Università degli studi di Palermo**

**Oggetto:** richiesta di parziale trasformazione dell'attività lavorativa ordinaria in modalità di telelavoro - Rif. avviso di selezione del \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019.

|                                |       |                        |       |
|--------------------------------|-------|------------------------|-------|
| <b>IL/LA SOTTOSCRITTO/A</b>    |       | MATRICOLA              |       |
| NATO/A A                       | PROV. | IL                     |       |
| AREA FUNZIONALE                |       | CATEGORIA              |       |
| INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA |       |                        |       |
| RECAPITO TEL UFFICIO           |       | RECAPITO TEL PERSONALE |       |
| RESIDENTE IN                   |       | CAP                    | PROV. |
| VIA/PIAZZA                     |       |                        | N.    |
| DOMICILIO IN                   |       | CAP                    | PROV. |
| VIA/PIAZZA                     |       |                        | N.    |
| IN SERVIZIO PRESSO             |       |                        |       |

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alle procedure selettive per la parziale trasformazione dell'attività lavorativa ordinaria in modalità di telelavoro per l'anno 2020.

**A TAL FINE DICHIARA CHE**

- ha preso visione dell'avviso citato in oggetto e del Regolamento disciplinante il telelavoro del personale tecnico, amministrativo e bibliotecario dell'Università degli studi di Palermo del 28 dicembre 2018 e si impegna ad assolvere tutti gli obblighi che ne derivano;
- tutte le dichiarazioni di cui alla presente istanza sono rese nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi dell'art. 483, 495, 496 del codice penale e delle leggi speciali in materia e che comunque escluderebbero lo/la scrivente dai benefici derivanti dal procedimento in oggetto;
- i dati personali contenuti nella presente domanda saranno raccolti e trattati dall'Università degli studi di Palermo nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazione e del Regolamento UE 679/2016, per le finalità di gestione della procedura. Il conferimento dei dati è obbligatorio pena l'esclusione dalla procedura. L'interessato/a gode dei diritti ai sensi del citato D. Lgs. tra cui il diritto di accesso ai dati che lo/la riguardano. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell'Università degli studi di Palermo titolare del trattamento.
- le copie dei documenti allegati alla presente sono rese conformi agli originali in suo possesso, secondo le modalità di cui all'art. 19-bis del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 o che alla presente è allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000. Alla predetta dichiarazione è acclusa copia di un valido documento di riconoscimento dello/a scrivente.

| ATTREZZATURE E UTENZE NECESSARIE PER LA<br>REALIZZAZIONE DEL PROGETTO<br>(NB: l'utilizzo di attrezzature e utenze proprie comporta l'attribuzione<br>del punteggio aggiuntivo di cui all'art. 9, dell'avviso di selezione) | A CARICO<br>DIPENDENTE | A CARICO<br>AMMINISTRAZIONE |
|--|------------------------|-----------------------------|
| PERSONAL COMPUTER PORTATILE CON FUNZIONALITÀ VOIP  |                        |                             |
| COLLEGAMENTO INTERNET  |                        |                             |
| PIANO DI LAVORO  |                        |                             |
| SEDILE DI LAVORO   |                        |                             |
| ELETTRICITÀ  |                        |                             |
| ALTRO (SPECIFICARE):   |                        |                             |

Data \_\_\_\_\_

Firma F:TO \_\_\_\_\_

**PROPOSTA PROGETTUALE**  
(a cura dei responsabili della struttura)

|   |
|---|
| Macro area progettuale a cui fa riferimento l'attività da svolgere in modalità di telelavoro:   |
| Attività da svolgere in modalità di telelavoro:   |
| Obiettivi:  |
| Tecnologie e applicativi da utilizzare per il funzionamento della postazione di telelavoro e per il collegamento con l'Amministrazione: |

ciclo settimanale (non utilizzare se si opta per il ciclo bisettimanale, mensile o intero periodo)

| Orario lavoro settimanale<br>(50% in sede) | lunedì | martedì | mercoledì | giovedì | venerdì |
|--|--------|---------|-----------|---------|---------|
| Numero ore giornaliere                     |        |         |           |         |         |
| Modalità ordinaria (si/no)                 |        |         |           |         |         |
| Modalità telelavoro (si/no)                |        |         |           |         |         |

ciclo bisettimanale, mensile o intero periodo (non utilizzare se si opta per il ciclo settimanale)

| Orario di lavoro plurisettimanale<br>(50% in sede) | dal | al | dal | al | totale |
|--|-----|----|-----|----|--------|
| Numero ore lavorative                              |     |    |     |    |        |
| Modalità ordinaria (si/no)                         |     |    |     |    |        |
| Modalità telelavoro (si/no)                        |     |    |     |    |        |

I sottoscritti dichiarano che la presente proposta progettuale è funzionale all'organizzazione del lavoro della struttura, che hanno preso visione del Regolamento disciplinante il telelavoro del personale tecnico, amministrativo e bibliotecario dell'Università degli studi di Palermo del 28 dicembre 2018 e che, qualora la presente istanza venisse accolta e il/la dipendente risulterà utilmente collocato/a nella graduatoria di priorità, si impegnano ad assolvere agli adempimenti e le procedure ivi richiamati, con particolare riferimento a quanto previsto dall'art. 7 del vigente Regolamento sul telelavoro.

|  |       |
|--|-------|
| COGNOME E NOME DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA<br>(DIRETTORE/PRESIDENTE/DIRIGENTE): |       |
| INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA:  | FIRMA |
| RECAPITO TELEFONICO:   |       |

|  |       |
|--|-------|
| COGNOME E NOME DEL RESPONSABILE TAB DELLA STRUTTURA<br>(SERV.SPEC./SETTORE/UAO/STAFF/ DIPARTIMENTO/SCUOLA/POLO TERRITORIALE DEC.): |       |
| INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA:  | FIRMA |
| RECAPITO TELEFONICO:   |       |

Firma del/della dipendente per accettazione F:TO

**REQUISITI DI AMMISSIONE E CRITERI DI PRIORITÀ**  
(a cura del/della richiedente - eliminare le tabelle non utilizzate)

|   |          |  |
|---|----------|--|
| <b>Si</b><br><b>No</b>                  | <b>A</b> | Disabilità psicofisica del/la dipendente tale da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro o gravi patologie del/la dipendente che richiedono terapie salvavita di lunga durata e ripetute nel tempo, certificate da struttura pubblica competente accertate dalle competenti commissioni mediche istituite presso le ASL-aziende sanitarie locali, così come previsto dall'art. 4 della L. 104/92. |
| Descrizione:                            |          |  |
| Documentazione in possesso da allegare: |          |  |

|                        |                        |  |      |  |              |  |
|------------------------|------------------------|--|------|--|--------------|--|
| <b>Si</b><br><b>No</b> | <b>B</b>               | Esigenze di cura di figli minori di 12 anni  |      |  |              |  |
| Figlio n. 1            | cognome                |  | nome |  | data nascita |  |
| Figlio n. 2            | cognome                |  | nome |  | data nascita |  |
| Figlio n. 3            | cognome                |  | nome |  | data nascita |  |
| Figlio n. 4            | cognome                |  | nome |  | data nascita |  |
| Figlio n. 5            | cognome                |  | nome |  | data nascita |  |
|                        | <b>Si</b><br><b>No</b> | Richiedente genitore single o affidatario esclusivo, ovvero genitore "collocatario" (nei casi di affido condiviso), non convivente stabilmente con altra persona che possa partecipare alla cura dei figli |      |  |              |  |
|                        |                        | Documentazione: autocertificazione relativa allo stato civile e all'assenza di stabile convivenza con altra persona che possa partecipare alla cura dei figli  |      |  |              |  |
|                        | <b>Si</b><br><b>No</b> | coniuge o convivente del dipendente occupato stabilmente   |      |  |              |  |
|                        |                        | Documentazione in possesso da allegare:  |      |  |              |  |

|                        |   |  |      |  |              |  |
|------------------------|---|--|------|--|--------------|--|
| <b>Si</b><br><b>No</b> | <b>C a)</b>                             | Assistenza a parenti o affini entro il secondo grado o a conviventi (in questo caso con certificazione dello stato di famiglia), in situazione di gravità psicofisica accertata ai sensi dell'art. 4 c. 1 della legge 104/92, residenti presso lo stesso nucleo familiare, a condizione che il lavoratore sia l'unico a poter prestare assistenza o che lo stesso dipendente sia titolare di provvedimento adottato dall'amministrazione universitaria in applicazione della legge 104/92 per l'assistenza al familiare. |      |  |              |  |
| rapporto di parentela: | cognome                                 |  | nome |  | data nascita |  |
|                        | descrizione patologia:                  |  |      |  |              |  |
|                        | Documentazione in possesso da allegare: |  |      |  |              |  |
| rapporto di parentela: | cognome                                 |  | nome |  | data nascita |  |
|                        | descrizione patologia:                  |  |      |  |              |  |
|                        | Documentazione in possesso da allegare: |  |      |  |              |  |

|                        |   |  |      |  |              |
|------------------------|---|--|------|--|--------------|
| <b>Si</b><br><b>No</b> | <b>C b)</b>                             | Assistenza a parenti o affini entro il secondo grado non conviventi in situazione di gravità psicofisica accertata ai sensi dell'art. 4 c. 1 della legge 104/92, a condizione che il lavoratore sia l'unico a poter prestare assistenza o che lo stesso dipendente sia titolare di provvedimento adottato dall'amministrazione universitaria in applicazione della legge 104/92 per l'assistenza al familiare. |      |  |              |
| rapporto di parentela: | cognome                                 |  | nome |  | data nascita |
|                        | descrizione patologia:                  |  |      |  |              |
|                        | Documentazione in possesso da allegare: |  |      |  |              |
| rapporto di parentela: | cognome                                 |  | nome |  | data nascita |
|                        | descrizione patologia:                  |  |      |  |              |
|                        | Documentazione in possesso da allegare: |  |      |  |              |

|   |          |  |
|---|----------|--|
| <b>Si</b><br><b>No</b>  | <b>D</b> | Maggiore tempo di percorrenza dal domicilio del/della dipendente alla sede di servizio |
| distanza dell'abitazione del/della dipendente dal posto di lavoro (percorso più breve):   |          |  |
| Km  |          |  |
| tempo mediamente necessario per raggiungere il posto di lavoro con l'utilizzo di mezzi pubblici desunto da documentazione rilasciata dal vettore: ore ___ minuti ____ |          |  |
| costi sostenuti per il trasporto giornaliero con mezzo pubblico desunti da documentazione del vettore:  |          |  |
| €   |          |  |
| Documentazione in possesso da allegare:   |          |  |

**Documentazione allegata** (in aggiunta a quella sopra indicata):

- a) dati catastali dell'edificio ospitante la postazione di telelavoro e relativa certificazione di abitabilità o agibilità, sostituibili da perizia giurata di tecnico abilitato accompagnata da copia della richiesta di rilascio della certificazione di abitabilità avanzata agli uffici comunali competenti;
- b) planimetria con evidenza del locale individuato, che dovrà risultare isolato dalle restanti stanze abitate dal nucleo familiare in modo da impedirne la normale frequentazione agli eventuali familiari conviventi, comprovata da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000;
- c) certificazione attestante che gli impianti elettrici risultano a norma;
- d) dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art.46 del DPR n. 445/2000, relativa a stato di famiglia (per le ipotesi B o C), di residenza (per le ipotesi A e D);
- e) copia del documento di riconoscimento del/della richiedente in corso di validità.

In base a quanto previsto dal c. 6 dell'art. 10 del vigente Regolamento disciplinante il telelavoro del personale tecnico, amministrativo e bibliotecario dell'Università degli studi di Palermo, l'eventuale rispondenza del luogo di lavoro alla normativa vigente in materia di sicurezza, in può essere autocertificata dal dipendente nel caso in cui lo stesso acceda nuovamente al telelavoro; l'amministrazione si riserva di procedere alle verifiche di cui all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma F:TO \_\_\_\_\_