

**Domanda di candidatura per attività di telelavoro**  
*da inviare al Direttore della Struttura*

Il/La sottoscritto/a ..... dipendente dell'INFN e inquadrato/a nel profilo professionale ....., livello ..... assegnato/a alla Struttura INFN dei Laboratori Nazionali di Frascati, in riferimento alla circolare AOO\_DRU-2023-0001053 del 26/04/2024 comunica la propria candidatura per una attività di telelavoro con le seguenti motivazioni:

A – *Situazioni di disabilità o fragilità psico-fisica del dipendente, tali da rendere disagevole il raggiungimento della sede di lavoro. Indicare una delle tre opzioni e allegare alla domanda il relativo certificato*

- Certificata da L. 104/1992 art.3 c. 3
- Certificata da medico specialista competente afferente a struttura pubblica
- Certificata da medico specialista competente

B – *Esigenza di cura dei figli (l'età va determinata alla data di scadenza prevista per la sottomissione della propria candidatura)*

- Fino a 3 anni di età
- Fino a 6 anni di età
- Fino a 12 anni di età

C – *Esigenza di cura continuativa a figli disabili. Indicare una delle due opzioni e allegare alla domanda il relativo certificato*

- Certificata da L. 104/1992 art.3 c. 3
- Certificata da medico specialista competente afferente a struttura pubblica

D – *Esigenza di cura continuativa a familiari disabili, in rapporto di parentela fino al secondo grado o di affinità fino al primo grado, domiciliati entro 30 km dalla sede di telelavoro o di conviventi more uxorio. Indicare una delle due opzioni e allegare alla domanda il relativo certificato*

- Certificata da L. 104/1992 art.3 c. 3
- Certificata da struttura pubblica competente

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nell'art. 76 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 (indicare soltanto le scelte attinenti alle proprie condizioni):

- di essere in una condizione di mono-genitorialità;
- di essere in part-time con la percentuale del: ..... (indicare la percentuale del rapporto di lavoro in relazione al tempo pieno);
- di richiedere la trasformazione del proprio rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno, nel caso in cui la propria candidatura venga accettata;
- di godere del beneficio di cui alla legge 104/1992 in modo esclusivo per motivi di cura;

dichiara altresì che:

- l'indirizzo della sede dove intende svolgere l'attività di telelavoro è: .....  
.....;
- la distanza tra la sede di telelavoro e la sede di lavoro è di ..... Km. (calcolata utilizzando Google Maps);

Si allega alla presente la seguente documentazione:

copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità e gli ulteriori certificati richiesti.

Data

Firma