Allegato 3:"Candidatura per attività in modalità LAVORO AGILE – STRAORDINARIO"

Alla Direttrice dei LNF - Dott.ssa Paola Gianotti
Sede INFN-LNF - Via Enrico Fermi, 54 - Frascati

Il/La sottoscritto/a …….. dipendente dell'INFN,

(codice fiscale ……..)

inquadrato/a nel profilo professionale ……., livello ……..,

CHIEDE

di usufruire per la propria attività di lavoro della modalità denominata "**Lavoro agile Straordinario**", in riferimento alla Sezione II - Capo II del vigente Disciplinare per l'applicazione dell'Istituto del Lavoro a Distanza.

A tal fine dichiara di rientrare nel/nei criterio/criteri di seguito indicato/i (barrare la/le casella/e corrispondente/i alle proprie condizioni):

☐ 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 o struttura sanitaria accreditata
- ☐ Certificata da medico specialista competente

☐ B – *Esigenza di cura dei figli (specificare il nominativo e la data di nascita)*

- ☐ 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 o fragilità psico-fisica. Indicare una delle tre opzioni e allegare alla domanda il relativo certificato (specificare il nominativo del figlio)*

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

☐ 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 propria abitazione o di conviventi more uxorio. Indicare una delle due opzioni e allegare alla domanda il relativo certificato (specificare il nominativo del familiare e il relativo grado di parentela/affinità)*

☐ Certificata da L. 104/1992 art.3 c. 3

☐ Certificata da struttura pubblica competente o struttura sanitaria accreditata

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 (barrare la/le casella/e corrispondenti 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 per motivi di assistenza (indicare solo nel caso in cui il titolare della L. 104/1992 è diverso dal dipendente);

☐ di trovarsi nella condizione in cui nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha sottomesso la candidatura di lavoro agile straordinario.

Si allega alla presente il Progetto individuale di Lavoro agile (allegato 2 del vigente Disciplinare per l'applicazione dell'Istituto del Lavoro a Distanza) e ulteriori certificati ove previsti.

Cordiali saluti.

Luogo e data Firma del dipendente

…… , ……