

Il/la sottoscritto/a _____, domiciliato a _____

in via _____ Assistente Amministrativo di

codesta Amministrazione

Chiede

di beneficiare dell'istituto del lavoro agile dal _____ al _____

A tal fine, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di rientrare in una delle seguenti categorie (barrare la casella interessata):

- Lavoratrice che ha concluso il periodo di congedo di maternità da non più di tre anni;
- Lavoratore/trice con figli o conviventi in condizione di disabilità;
- Lavoratore/trice portatore di patologia grave (che lo/la rende maggiormente esposto al contagio);
- Lavoratore/trice su cui grava la cura dei figli stante la contrazione dei servizi di asilo nido o scuola d'infanzia;
- Lavoratore/trice che deve avvalersi dei servizi pubblici di trasporto per raggiungere la sede di servizio.
- Lavoratore/trice che ha più di 65 anni.

Oppure:

- Di non rientrare in una delle sopraelencate categorie.

Dichiara, inoltre di disporre, presso il proprio domicilio, della strumentazione tecnologica adeguata a svolgere il proprio compito e di poter garantire la reperibilità telefonica nell'orario di servizio, all'uopo indicando il seguente numero di tel. _____

Il/La sottoscritto/a è consapevole che tale autorizzazione potrà essere modificata dopo la pubblicazione delle Linee guida ministeriali sul lavoro agile.

Firma del lavoratore

VISTO SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA
IL DIRIGENTE SCOLASTICO