**Mod. 1**

All’Università degli Studi di Udine

Direzione Risorse Umane e Affari Generali

Sede

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_ area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso la seguente struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a svolgere attività di telelavoro per la proposta di progetto sul quale il Responsabile della struttura ha espresso parere favorevole e che si allega alla presente. A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

**□ di trovarsi nella seguente situazione di invalidità/disabilità psico-fisica, tale da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro:**

* *Handicap con connotazione di gravità ai sensi dell’art 3, comma 3 della L. 104/92 ovvero invalidità civile, del lavoro, per servizio superiore al 75%;*
* *Handicap ai sensi dell’art 3, comma 1 della L. 104/92 ovvero invalidità civile, del lavoro, per servizio, tra il 51% e il 75%;*
* *Invalidità civile, del lavoro, per servizio tra il 46% e il 50%;*
* *Gravi patologie invalidanti di cui al Regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'art. 5 comma 1, lettera a) del D.Lgs. 29 aprile 1998;*
* *Altre situazioni di disabilità psico-fisiche:*

**□ di avere esigenze di cura di figli minori di otto anni:**

indicare nome, cognome, data di nascita dei figli\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

barrare la situazione se presente:

* *essere padre o madre singoli affidatari esclusivi dei figli*

**□ di avere esigenze di cura di familiari o conviventi:**

indicare nome, cognome, relazione con il dichiarante all’interno del nucleo familiare e presenti nello stato di famiglia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

barrare la situazione fra le seguenti:

* *Handicap con connotazione di gravità ai sensi dell’art 3, comma 3 della L. 104/92;*
* *Handicap ai sensi dell’art 3, comma 1 della L. 104/92;*
* *Gravi patologie invalidanti di cui al Regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'art. 5 comma 1, lettera a) del D.Lgs. 29 aprile 1998;*

**□ che la distanza tra la propria residenza e la sede di lavoro, calcolata consultando il sito www.viamichelin.it e prendendo a riferimento il “percorso consigliato” è la seguente**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRENDE ATTO**

che i dati personali sopra riportati saranno trattati unicamente per le finalità di gestione della procedura per la quale vengono rilasciati, ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. 196/2003 e dal Reg. UE 2016/679 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali) e che per maggiori informazioni può consultare il seguente link:

<https://www.uniud.it/it/pagine-speciali/guida/TA-privacy/GDPR%20TA>

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati:

- proposta di progetto telelavoro

- parere favorevole del Responsabile della struttura