



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo "E. Fermi"

Via Donizetti, 4
20095 Cusano Milanino (MI)

ISTANZA PER L'AMMISSIONE AL LAVORO AGILE e/o A DISTANZA / DA REMOTO
CON ANNESSA TABELLA DI VALUTAZIONE TITOLI

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto "E. FERMI" di Cusano Milanino
via Donizetti 4

La/Il _____ sottoscritta/o

in servizio presso _____ con la qualifica
di:

- DSGA
 Assistente Amministrativo/Tecnico con rapporto di lavoro full time dell'area

chiede

di essere ammessa/o allo **svolgimento dell'attività lavorativa:**

- Lavoro agile
 Lavoro a distanza /da remoto

- nella giornata di: _____ (massimo un giorno a settimana)
- nelle seguenti fasce orarie: _____

Nel caso di richiesta di lavoro in modalità remota le prestazioni lavorative saranno espletate presso:

via/piazza _____ Città _____ Prov _____

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del DL 39/93



miic8ax00n@istruzione.it
miic8ax00n@pec.istruzione.it



02 6132812



icfermicusano.edu.it



C.F. 83043750153
Cod. Mecc. MIIC8AX00N



A tal fine, consapevole delle conseguenze civili e penali in cui in caso di dichiarazione falsa o mendace, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

- di impegnarsi a svolgere l'attività nel rispetto dei criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza e in un luogo rispondente ai requisiti minimi stabiliti nell'informativa generale sulla gestione della salute e sicurezza per i lavoratori;
- di utilizzare le apparecchiature in conformità alle istruzioni e alle disposizioni dell'Amministrazione.
- Di aver letto e accettato quanto disciplinato nel "Regolamento per la disciplina del lavoro agile e remoto del personale amministrativo nel rispetto del CCNL 2019-2021 e dal Documento di Valutazione dei rischi lavorativi inerenti lo smart working da questo richiamato
- Di essere contattabile, in caso di accoglimento della presente istanza e nel rispetto delle fasce orarie di contattabilità così come disciplinate dal Regolamento, ai seguenti recapiti:
 - Tel./Cell. _____
 - Mail: _____
- Di essere in una o più delle seguenti condizioni:

Criteri	Punteggio	Barrare con una "X" o indicare la propria
---------	-----------	---

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del DL 39/93





		situazione
Lavoratrice che nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151	15	
Dipendente con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.	14	
Dipendente con patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti o con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104/92	13	
Patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti riguardanti il coniuge, i figli o i genitori, nonché nel caso in cui occorra assistere una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della legge 104/92, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita	12	
Patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti riguardanti il coniuge, i figli o i genitori, nonché nel caso in cui occorra assistere una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104/92, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita	11	
Dipendenti portatore di handicap o in particolari condizioni	10	

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del DL 39/93





psicofisiche		
Documentata necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione a tempo pieno	9	
Necessità di assistere i genitori, il coniuge o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi senza possibilità alternativa di assistenza, che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendenti	8	
Dipendente con figli minori	5 per il primo figlio + 1 per ogni figlio aggiuntivo 0 a 10 anni + 0,5 per ogni figlio aggiuntivo 10 a 18 anni	
Famiglia monoparentale (madre o padre singoli affidatari esclusivi dei figli)	4	
Assistenza a genitori o suoceri	3 per il primo genitore/suocero + 1 per ogni genitore/suocero aggiuntivo	

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del DL 39/93





Tempo di percorrenza per raggiungere la sede di lavoro, con riferimento al numero di chilometri di distanza dall'abitazione della lavoratrice del lavoratore	1 per km da 20 a 40 2 per km da 41 a 60 3 per km da 61 a 100 4 per km superiori a 101	
Motivi di studio	2	
Impegno nel sociale	1	

Nel caso di istanza di lavoro "agile" di poter svolgere in smart working le seguenti mansioni/compiti inerenti quanto di propria competenza come da Piano di Lavoro ATA per l'A.S. di riferimento (*descrivere l'attività e relativi risultati del progetto individuale che si andranno a svolgere in modalità agile*)

Di mettere a disposizione per la prestazione lavorativa da remoto le seguenti strumentazioni/dotazioni:

Di avere necessità di fornitura da parte dell'Amministrazione delle seguenti dotazioni in quanto non in proprio possesso:-----

di essere consapevole che l'Amministrazione non è obbligata a fornire dotazioni necessarie all'espletamento della prestazione lavorativa in modalità remota/agile e che in tale eventualità, le dotazioni richieste dovranno essere messe a disposizione da se stesso/a.

Di essere consapevole che, in caso di accoglimento della presente istanza, **le**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del DL 39/93





scadenze e tempistiche.

Di aver preso visione del DVR inerente la sicurezza per l'espletamento di lavoro agile o remoto e di poter espletare correttamente in ossequio alle indicazioni ivi contenute, la prestazione lavorativa a prescindere dalle dotazioni che l'Amministrazione potrà fornire, nei luoghi di lavoro precedentemente indicati nella presente istanza.

Di impegnarsi altresì a svolgere l'attività in smart working, nel rispetto della direttiva dell'INAIL sulla salute e sicurezza nel lavoro agile ai sensi dell'art. 22, comma 1, L. 81/2017, di cui all'avviso sul portale Inail del 26 febbraio 2020.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 10 D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 finalizzato agli adempimenti necessari per l'espletamento della procedura per la partecipazione alla modalità di lavoro in smart working.

Di esonerare l'Amministrazione da ogni spesa sostenuta per l'utilizzo delle apparecchiature, i consumi elettrici, di connessione alla rete internet ed alle comunicazioni telefoniche connesse all'attività lavorativa.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità degli atti incorrerà, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dagli artt. 46, 47, 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nella decadenza dal beneficio concesso e nelle sanzioni previste dal codice penale.

Allega accordo individuale.

Visto del DSGA

Il DSGA _____ esprime parere positivo/negativo all'ammissione dello/a stesso/a al lavoro agile e/o al lavoro a distanza.

li _____

FIRMA _____

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del DL 39/93

