Allegato E)

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO DELL’ATTIVITA’ LAVORATIVA

IN MODALITA’ “LAVORO AGILE”

Al Direttore/Dirigente Responsabile della

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

PREMESSO CHE

con Deliberazione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stato adottato dagli Istituti Fisioterapici Ospitalieri il Regolamento in materia di Lavoro Agile;

CHIEDE

di poter svolgere l’attività in modalità agile a tempo determinato per la durata di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (non inferiore a 6 mesi e per un massimo di 1 anno), a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la/le giornata/e di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai fini dell’ammissione al lavoro agile dichiara, altresì, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, di trovarsi nella seguente situazione/condizione prevista all’art 7 “Criteri di priorità” del Regolamento sul Lavoro agile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare copia del documento d’identità ed eventuale documentazione comprovante la situazione/condizione dichiarata).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

Il Lavoratore

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