



**Mod 1**

All'Università degli Studi di Udine  
Direzione Risorse Umane e Affari Generali  
Sede

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

Area \_\_\_\_\_ Settore professionale \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a svolgere attività di telelavoro.

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**

sotto la propria responsabilità quanto segue:

**a)** di trovarsi nella seguente condizione di disabilità psico-fisica, tale da rendere disagiabile il raggiungimento della sede di lavoro:

barrare la situazione fra le seguenti:

- 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% e altre situazioni di disabilità psico-fisiche e/o 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, n. 124*

---

---

---

**b)** di avere esigenze di assistenza nei confronti del coniuge/convivente/familiare, affetti da handicap o patologie invalidanti, opportunamente certificate:

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, n. 124;*

**c)** di avere esigenze di cura di figli minori fino al compimento dei 14 anni

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

---

barrare la situazione se presente:

*essere padre o madre singoli affidatari esclusivi dei figli*

**d)** che la distanza tra la propria residenza e la sede di lavoro, calcolata consultando il sito [www.viamichelin.it](http://www.viamichelin.it) e prendendo a riferimento il "percorso consigliato" è la seguente:

---

barrare la situazione fra le seguenti:

*Dichiara di essere in possesso della documentazione medica/sanitaria relativa alle situazioni di cui ai punti a), b), e di essere consapevole che potrà essere tenuta/o ad esibirla, in caso di verifiche da parte dell'Amministrazione.*

*Dichiara che l'Amministrazione è già in possesso della documentazione medica/sanitaria relativa alle situazioni di cui ai punti a) e b).*

#### **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/privacy>.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegati:

- proposta di progetto di telelavoro;
- parere del Responsabile della struttura