

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA
IN MODALITA' "LAVORO AGILE"**

Al Direttore/Dirigente Responsabile della

Il/la sottoscritto/a _____ dipendente presso _____
_____ (specificare se Azienda o Fondazione)
Policlinico Tor Vergata, matricola _____,

PREMESSO CHE

Con Deliberazione n. _____ del _____ è stato adottato dalla Fondazione
Policlinico Tor Vergata 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
