

MODULO RICHIESTA SMART WORKING

Il presente modulo deve essere compilato digitalmente e trasmesso via e-mail all'indirizzo amministrazione@sistemacastellirromani.it specificando nell'oggetto:

***"MODULO RICHIESTA SMART WORKING -
<COGNOME>"***

Nome _____	Cognome _____
Numero Telefono _____	Sede Smart Working _____
Biblioteca _____	Titolo del Progetto _____

Giorni di Smart-working richiesti: _____ (da 1 a 5 giorni)

Il sottoscritto dichiara di essere nelle seguenti condizioni:

- portatori di patologie che li rendono maggiormente esposti al contagio;
- avere esigenza di cura dei figli minori di 14 anni frequentanti scuole di ogni ordine e grado;
- utilizzare servizi pubblici di trasporto pubblico per raggiungere la sede lavorativa.
- Dichiaro di aver preso visione e di rispettare le indicazioni presenti nell'informativa ai sensi dell'art. 36 del D. Lgs. n. 81/2008.

In fede