

**Spett.le**  
**(Per sede centrale)**  
**Human Resources and Organization**  
**Gestione Corporate e BancoPosta**  
**Viale Europa n. 175**  
**00144 Roma**

**(per sedi territoriali)**  
**Human Resources and Organization**  
**Risorse Umane Regionali**  
.....

**CC Responsabile struttura organizzativa di appartenenza**  
.....

### **Domanda di accesso**

#### **TELELAVORO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ operante presso la struttura di \_\_\_\_\_ (indicare la struttura organizzativa) con sede di lavoro in \_\_\_\_\_ livello \_\_\_\_\_ e con il ruolo di \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

di poter partecipare al progetto sperimentale di Telelavoro in relazione a quanto previsto dall'Accordo in materia siglato il xxxxxx per le attività indicate nell'allegato n. \_\_\_\_\_ presso la struttura organizzativa di \_\_\_\_\_.

#### **DATI ANAGRAFICI**

**Nome:** \_\_\_\_\_  
**Cognome:** \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Matricola: \_\_\_\_\_  
Livello inquadramentale \_\_\_\_\_  
Residenza in Via / Piazza: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_  
CAP / Città: \_\_\_\_\_  
Domicilio in Via / Piazza: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_  
(solo se diverso da residenza)  
CAP / Città: \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO PRIVATO PRESSO IL QUALE SI PROPONE LO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE IN TELELAVORO**



Via / Piazza: \_\_\_\_\_  
CAP / Città: \_\_\_\_\_

## **RECAPITI AZIENDALI DIPENDENTE**

Numero Telefono: \_\_\_\_\_

Ai fini dell'ammissione alla sperimentazione il/la sottoscritto/a

### **DICHIARA**

di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- Lavoratore/Lavoratrice disabile ai sensi della Legge 68/99 (\*)
- Lavoratore/Lavoratrice che riprende servizio dopo un periodo di lunga assenza non inferiore a cinque mesi continuativi per maternità, malattia, infortunio, aspettativa (\*)
- Lavoratore/Lavoratrice genitori con figli fino a 12 anni (15 anni in caso di figli in affidamento o in adozione) ovvero figli disabili - di qualsiasi età - a carico (\*)

### **DICHIARA**

- Di essere nella disponibilità di una linea ADSL già in uso presso l'abitazione ove richiede di attivare il telelavoro.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

*(\*) L'Azienda si riserva di richiedere eventuali documentazioni a supporto di quanto dichiarato dal lavoratore.*