



## Scuola del Benessere, della Salute e dello Sport

Via Ustica, 46 - 90135 Palermo tel/fax: 091/403353 C.F. 80025540826 Cod. Ministeriale PAIC87400B  
e.mail: paic87400b@istruzione.it- paic87400b@pec.istruzione.it - sito web: www.icprincipessaelenapa.it

CIRC N° 16

I.C. PRINCIPESSA ELENA DI NAPOLI

Prot. 0009756 del 08/09/2026

01-11 (Uscita)

A tutto il personale docente

Per le rispettive responsabilità si prega di compilare e firmare in tutte le parti il modulo allegato entro e non oltre il 12 settembre 2026.

Il modulo andrà consegnato alla referente per la sicurezza

la Referente Sicurezza

Burgio Carmela.

Palermo 03/09/2026

La Dirigente Scolastica

Prof.ssa Santa Guzzetta

SANTA GUZZETTA  
08.09.2026 10:40:39  
CEST



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
**P**RINCIPESSA **E**LENA DI NAPOLI  
Palermo



Regione Siciliana

**Scuola del Benessere, della Salute e dello Sport**

Via Ustica, 46 - 90135 Palermo tel./fax 091/403353 - C.F. 80025540826 Cod. Ministeriale PAIC87400B  
e.mail: paic87400b@istruzione.it- paic87400b@pec.istruzione.it - sito web: www.icprincipessaelenapa.it

**All'Area Personale e Organizzazione**

**RICHIESTA DI ACCESSO AL TELELAVORO as \_2025/2026\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov.( ) residente in

\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

dipendente di ruolo di questa Istituzione Scolastica in servizio presso il plesso \_\_\_\_\_

con l'incarico di

con rapporto di lavoro a: ☐ indeterminato ☐ determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il Responsabile di plesso è \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter accedere al **Telelavoro** – a.s. 2026/2027 \_\_\_\_\_.

Vista la delibera del collegio dei docenti

**DICHIARA**

che l'orario della prestazione settimanale sarà il seguente:      • Vedi Piano delle Attività allegato

- che la reperibilità durante l'attività svolta concordata con il Responsabile di Struttura sarà come da Piano delle Attività o modifica notificata mezzo circolare

al seguente recapito telefonico: .....

Dichiara altresì:

|                                                                                                                                                                                                  |                             |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • di essere in grado di utilizzare le tecnologie informatiche indispensabili per il telelavoro                                                                                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • di possedere una connessione ADSL o Fibra Ottica presso il proprio domicilio                                                                                                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • di essere disponibile a utilizzarla in Telelavoro                                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • di avere un antivirus licenziato marca _____ n° _____<br>licenza _____                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • di avere tutte le licenze dei programmi utilizzati                                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • di possedere una seduta ergonomica idonea                                                                                                                                                      | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • di possedere i certificati di conformità di tutti gli impianti presenti nell'unità immobiliare                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • di non aver mai utilizzato impropriamente le spine schuko, utilizzando gli appositi<br>riduttori                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • di controllare con ditta specializzata gli intonaci dei soffitti                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • che i pavimenti sono uniformi e non presentano anomalie                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • che la postazione di lavoro è conforme alla normativa vigente                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • che l'ambiente di lavoro dove svolgerà comunque l'attività lavorativa è privo di rischi e<br>soddisfa i requisiti indicati nell' allegato IV del D.Lgs. 81/08 (Requisiti dei luoghi di lavoro) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

***P.S. l'assenza di dichiarazione positiva, delle voci sopra indicate, potrebbe inficiare la concessione dell'autorizzazione stessa.***

Dichiara inoltre di usufruire della seguente strumentazione:

**Strumentazione hardware:**

☐ PC portatile

☐ Altro

| Software                                  | Servizi di rete                                           |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Microsoft Office | <input type="checkbox"/> Internet                         |
|                                           | <input type="checkbox"/> Cartelle condivise               |
|                                           | <input type="checkbox"/> Softphone (telefono sul desktop) |

☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Si allega alla presente:**

☐ Piano delle attività progettuali

☐ Percorso consigliato da “Google Maps” della distanza in minuti dall’abitazione alla sede di lavoro (**allega fotocopia mappa**)

☐ Altro (specificare): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/la dipendente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative ai propri recapiti e al locale dove viene svolto il lavoro agile (smart working) e/o telelavoro e di fornire apposito verbale della relazione/ programmazione dell’Organo Collegiale in remoto.

Qualora il/la dipendente fosse autorizzato a svolgere l’attività in modalità di telelavoro, esprime sin da ora, il proprio impegno a rispettare le prescrizioni previste nelle Linee Guida / informativa distribuita da questa Istituzione Scolastica per il lavoro agile (smart working) e/o telelavoro.

Il/la sottoscritto/a autorizza l’Istituzione Scolastica al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento EU 679/2016 finalizzato agli adempimenti necessari per l’espletamento della procedura per la partecipazione alla modalità di lavoro in lavoro agile (smart working) e/o telelavoro e mi rendo personalmente responsabile nel trattare gli eventuali dati personali degli alunni in conformità al Regolamento sopra descritto.

Firma del/la dipendente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Autorizzo il/la dipendente \_\_\_\_\_ a svolgere l’attività**

**descritta nel progetto di telelavoro nei giorni e negli orari come da piano delle attività allegato**

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del datore di lavoro \_\_\_\_\_