**DOCUMENTO DE SOLICITUD Y COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN
EN EL RÉGIMEN DE TELETRABAJO DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN**(Art. 4.9 del *Reglamento por el que se regula la modalidad de prestación de servicios en régimen de teletrabajo
para el personal de administración y servicios en la Universidad de León*)

|  |
| --- |
| **1. DATOS DEL SOLICITANTE** |
| **Nombre:**  |
| **Apellidos:**  |
| **NIF:**  | **Domicilio:**  |
| **Localidad:**  |
| **Provincia:**  | **Código postal:**  |
| **Teléfono fijo:**  | **Teléfono móvil:**  |

|  |
| --- |
| **2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO PRESENCIAL** |
| **Puesto de Trabajo:** |
| **Destino:** |
| **Teléfono:**  |
| **Correo electrónico:**  |
| **Características del Puesto de Trabajo:** | **Funcionario:** | **[ ]  Carrera** | **[ ]  Interino** |
| **Laboral:** | **[ ]  Fijo** | **[ ]  Eventual** |
| **Tipo de Jornada:**  |  |
| **Nombre del responsable:** |  |
| **Cargo del responsable:** |  |

|  |
| --- |
| **3. SOLICITUD DE TELETRABAJO Y CARACTERÍSTICAS** |
| **¿Se encuentra su puesto de trabajo recogido en la relación de puestos de trabajo excluidos del régimen de teletrabajo? (Artículo 9 del Reglamento)** | Elija un elemento. |
| **Días de teletrabajo solicitados a la semana y horarios:** | **Días de la semana solicitados:** |
| **Período total de tiempo para el que se propone el Teletrabajo:** **[ ]  Por el tiempo máximo posible hasta la obligación de renovación de la solicitud.** **[ ]  Desde** **hasta       (indique las fechas)** |
| **Distribución de las tareas del puesto de trabajo entre el régimen de Teletrabajo y la jornada presencial:** |
| **Ubicación exacta de la oficina a distancia (Artículo 4.6 del Reglamento):** |

|  |
| --- |
| **4. SUPERVISOR DE LAS TAREAS Y JORNADAS DE TELETRABAJO** |
| **Nombre:** |
| **Cargo:** |
| **Teléfono:**  | **Correo electrónico:** |
| **Forma de contacto y coordinación del teletrabajador con el resto de los empleados del Servicio/Unidad:** |

|  |
| --- |
| **5. DESCRIPCIÓN DE TAREAS** |
| **Describa brevemente en qué consiste su trabajo:** |
| **¿Puede, parte de su trabajo, ser realizado en régimen de teletrabajo? En caso afirmativo, indique cual:** |
| **¿Debe, parte de su trabajo, ser coordinado con el trabajo de otras personas? En caso afirmativo, indique cual:** |

|  |
| --- |
| **6. OBJETIVOS A ALCANZAR EN EL DESARROLLO DEL TELETRABAJO E INDICADORES DE CUMPLIMIENTO** |
| **Objetivo 1:** | **Plazo:** |
| **Indicador/es del objetivo 1:** |
| **Objetivo 2:** | **Plazo:** |
| **Indicador/es del objetivo 2:** |
| **Objetivo 3:** | **Plazo:** |
| **Indicador/es del objetivo 3:** |
| **Objetivo 4:** | **Plazo:** |
| **Indicador/es del objetivo 4:** |
| **Objetivo 5:** | **Plazo:** |
| **Indicador/es del objetivo 5:** |
| **Otras observaciones:** | **Plazo:** |
| **Otros indicadores:** |

|  |
| --- |
| **7. ENTORNO TECNOLÓGICO Y CONOCIMIENTOS OFIMÁTICOS/INFORMÁTICOS/TELEMÁTICOS** |
| **¿Tiene los conocimientos suficientes, ofimáticos, informáticos y/o telemáticos, teóricos y prácticos, para el ejercicio de las funciones objeto de teletrabajo?:** | Elija un elemento. |
| **Programas informáticos que maneja, relacionados con las tareas a desarrollar en régimen de teletrabajo:** |
| **¿Es necesaria conectividad para la realización de las tareas de trabajo?** | Elija un elemento. |
| **¿Es necesario conectarse a aplicaciones propias del centro de trabajo con acceso específico y/o restringido?** | Elija un elemento. |
| **En caso afirmativo ¿a cuáles?:** |
| **¿Dispone de conexión propia a internet?** | Elija un elemento. |
| **Especifique el tipo de conexión y su ancho de banda:** |

|  |
| --- |
| **8. INFORMACIÓN RELATIVA A CUESTIONES DE PRELACIÓN EN CASO DE QUE SE PRODUZCANVARIAS PETICIONES EN EL SERVICIO/UNIDAD DEL SOLICITANTE** |
| **Hijos a su cargo:** | Elija un elemento. | **Número:**  |
| **Nº hijos entre 0 y 3 años:** | **Nº hijos entre 3 y 6 años:** | **Nº hijos entre 6 y 12 años:** |
| **Otras personas a su cargo:** | Elija un elemento. | **Número:** |
| **Nº de personas mayores dependientes o que requieran especial dedicación:** |
| **Nº de personas con discapacidad que no desempeñen actividad retribuida:** |
| **¿Tiene el trabajador algún tipo de discapacidad reconocida?** | Elija un elemento. |
| **En caso afirmativo, ¿qué grado de discapacidad?:** |  |
| **¿Ocupa actualmente un puesto de trabajo adaptado por problemas de salud?** | Elija un elemento. |
| **¿Tiene algún problema de salud que interfiera en su vida diaria?****En caso afirmativo, especifíquelo:** |  |
| **¿Cursa estudios reglados o relacionados con el puesto de trabajo?****En caso afirmativo, ¿cuáles?:** |  |

El interesado, mediante la presentación de este documento firmado, declara:

* Que todo lo indicado en el documento es cierto.
* Que se compromete a participar en la modalidad de Teletrabajo de la Universidad de León, cuyo desarrollo se rige por lo establecido en el ***Reglamento por el que se regula la modalidad de prestación de servicios en régimen de teletrabajo para el Personal de Administración y Servicios en la Universidad de León***, aprobado en Consejo de Gobierno con fecha 18 de julio de 2023 (BOCyL de 26 de julio de 2023).
* Que conoce y acepta las medidas que propone la Universidad de León en materia de ***Prevención de Riesgos Laborales*** para los teletrabajadores, y que conoce que puede solicitar y debe aceptar, en caso necesario, una evaluación de riesgos laborales del lugar donde se va a realizar el teletrabajo.
* Que se compromete a llevar a cabo lo reflejado en el Plan Personal de Trabajo y a aceptar las medidas de control horario y de trabajo estipuladas en el Reglamento anteriormente citado.

En      , a    de       de 20

Firmado: