

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO INTERNO PER ACQUISIRE LE MANIFESTAZIONI DI INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' "AGILE"

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

il

Qualifica

a tempo:

indeterminato

☐

determinato

☐

pieno

☐

parziale

☐

Struttura di appartenenza

recapito ufficio

recapito personale

chiede

di essere ammesso a svolgere attività in "lavoro agile"

Dichiara altresì

- ☐ di essere madre nei tre anni seguenti al congedo di maternità obbligatoria;
- ☐ di essere genitori di n.____ figli disabili;
- ☐ presenza di n.____ familiari/convivente affetti da limitazioni dell'autosufficienza o portatore di disturbi della sfera psichica comportamentale;
- ☐ di avere n.____ figli minori che frequentano scuole di ogni ordine e grado che necessitano di cura;
- ☐ che la distanza tra domicilio dichiarato alla Fondazione e sede di lavoro è pari a km _____;
- ☐ l'impossibilità di raggiungere in maniera autonoma la sede di lavoro a causa di

(particolari condizioni di salute, anche transitorie, purché debitamente documentate e non già oggetto di tutela ai sensi della legge n. 104/1992);

- ☐ di essere invalido al _____ come da documentazione agli atti ovvero come da documentazione allegata;
- ☐ di aver letto le indicazioni contenute nel regolamento aziendale in materia di lavoro agile e nell'avviso allegato alla presente manifestazione di interesse.

DATA E LUOGO

FIRMA DEL DIPENDENTE

**AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA'
"AGILE"**

Il **Dirigente responsabile della U.O./servizio** _____ Dott. _____

Il **Direttore del Dipartimento** _____ Dott. _____

verificata:

la compatibilità tra profilo professionale/mansioni svolte e lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.

considerato che:

la percentuale massima del personale collocabile in «smart working» è fissata entro il limite massimo del 50% e che tale limite è tendenziale a livello di singola U.O. e rigido a livello di Dipartimento/Direzione.

Contestualmente determinano:

- di autorizzare il sig. _____ a svolgere attività lavorativa in modalità "agile"

- le attività effettuabili in modalità agile: _____

- le modalità del loro monitoraggio: _____

- il numero massimo di giornate mensili concedibili (entro il limite massimo aziendale fissato nel regolamento):
n. _____

- fascia oraria di contattabilità dalle ore ____ alle ore ____ e dalle ore ____ alle ore _____

Per garantire un'efficace interazione con l'ufficio di appartenenza nonché con l'utenza interna/esterna, il lavoratore deve garantire la contattabilità (telefonica – anche mediante la deviazione delle chiamate – nonché per posta elettronica) per almeno 4 ore giornaliere (2 ore in caso di fruizione a mezza giornata) all'interno delle fasce orarie individuate dal proprio Dirigente responsabile.

Data e luogo _____

Dirigente responsabile della U.O. /servizio

Firma _____

Data e luogo _____

Il Direttore di Dipartimento

Firma _____

STRUMENTAZIONE INFORMATICA Requisiti Minimi (a cura del lavoratore)

- Cognome e Nome operatore:	
Postazione di lavoro a domicilio dell'operatore	
Strumentazione della Fondazione Besta	
PC certificato CE con sistema operativo	
Antivirus	
Connessione internet	
Informazioni richieste all'utente (obbligatorie)	
Utenza di dominio (Cognome-Matricola)	
Indirizzo di posta elettronica Fondazione BESTA	
Nome del PC di lavoro (ad es. DSK-AMM-.....)	
U.O.C. di appartenenza	
Numero Telefono Ufficio Fondazione BESTA	
Numero di telefono sul quale deviare le telefonate in entrata (numero di telefono aziendale se in dotazione)	

	PC presente in Fondazione BESTA sempre acceso. <i>Nota: accedendo al proprio PC di lavoro sarà possibile utilizzare tutti gli applicativi aziendali, pur con possibili limitazioni in termini di performance dovute alla velocità di connessione internet, ad esclusione del sistema SISS non disponibile da remoto.</i>
Condizioni di operatività e limitazioni	
Assistenza tecnica	Numero Verde Help Desk 800 971 782 (indicando nome PC Fondazione BESTA)

Data e luogo:	Firma del lavoratore:
----------------------	------------------------------

Responsabile Servizio Informatico o suo delegato

Ha verificato la fattibilità tecnica (strumentazione disponibile e collegamenti da remoto).

Data e luogo

Dirigente responsabile della U.O. /servizio

Firma _____