

## ALLEGATO A. SCHEDA PROGETTO DI LAVORO AGILE DA COMPILARSI A CURA DEL RESPONSABILE DI AREA

I - Area richiedente:

II - Descrizione del progetto e attività interessate:

III - Vantaggi diretti/indiretti per l'Amministrazione:

IV - Tipologie professionali e n. dipendenti coinvolti:

V - Periodo temporale del progetto: data inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_ e in ogni caso fino al termine dell'emergenza Coronavirus (come da Regolamento non inferiore a 4 mesi e non superiore a 24 mesi – art. 10).

VI - Attività da svolgere in lavoro agile

Descrizione attività	% di tempo on line
1	100
2	100
3	100
4	100

VII Grado di telelavorabilità e criteri di verifica e aggiornamento

Attività	Implica la creazione, l'elaborazione e la trasmissione di dati e documenti 1	Comporta una prestazione chiara definita e misurabile 2	Prevede contatto e riunioni con colleghi e superiori 3	Indice di misurazione (indicare un parametro per la verifica periodica dell'attività)	Frequenza verifica attività svolta 4
1					
2					
3					
4					

- 1) 1= mai  
2= a volte  
3= spesso  
4 = sempre
- 2) 1= poco misurabile  
2= abbastanza misurabile  
3= totalmente misurabile
- 3) 1= sempre  
2=talvolta  
3=spesso  
4= sempre
- 4) Mensile  
Bimestrale  
Semestrale

PUNTEGGIO TOTALE

VIII - Sistemi di supporto e di sicurezza necessari e modalità di scambio documentazione (barrare con una crocetta le voci d'interesse)

		Fornita dall'Amministrazione	Fornita dal dipendente
Hardware	Postazione fissa		
	Postazione mobile		
Software	Microsoft office		
	Altri programmi		
Servizi di rete	Internet		
	Posta elettronica		
	Cartelle condivise		
	Banche dati		
Documentazione cartacea			
Strumentazione	Stampanti		
	Altro		
Sistemi di sicurezza	ANTIVIRUS		
Modalità di scambio dei documenti informatici e cartacei			
Modalità di scambio dei documenti informatici e cartacei con altre Amministrazioni o con privati			
Modalità di conservazione dei documenti informatici			

IX – Eventuali modifiche organizzative necessarie:

.....

X - Tempi di riposo: ferma restando la durata normale dell'orario settimanale, il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità.

XI - Misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore o della lavoratrice dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro: la disconnessione si applica dalle ore 19.00 alle ore 8.00 del mattino seguente, nonché dell'intera giornata di sabato (se non lavorativa), di domenica e di altri giorni festivi. Al lavoratore è riconosciuto il diritto alla disconnessione anche in occasione della pausa pranzo nella fascia oraria definita nell'accordo di lavoro agile.

XIII - Condotte, connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, che danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari (elenco non esaustivo): mancata protezione dei dati, mancata custodia delle strumentazioni informatiche eventualmente date in dotazione dall'Amministrazione per lo svolgimento della prestazione lavorativa ovvero scorretta modalità di utilizzo di dispositivi personali per accedere da remoto alla propria postazione, installazione da parte del lavoratore di software e/o applicativi sul personal computer aziendale o su quello personale utilizzato per lo svolgimento della prestazione lavorativa, che interferiscano con lo svolgimento regolare della stessa.

XIV - Termini di recesso: come da art. 11 del Regolamento.

XV - BENEFICI:

.....

FIRMA DEL RESPONSABILE DI AREA

**ALLEGATO B – SCHEDA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A PROGETTI DI LAVORO AGILE**

I - Dati del dipendente interessato

- NOME
- COGNOME
- AREA
- SETTORE DI APPARTENENZA
- CATEGORIA
- MANSIONE
- ORARIO DI LAVORO
- ARTICOLAZIONE ORARIO
- TEMPO PIENO
- TEMPO PARZIALE      ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_
  - ORIZZONTALE
  - VERTICALE
- EVENTUALI MODIFICHE ORARIE NECESSARIE (N. ORE E ARTICOLAZIONE)

II.1.1 - Motivazioni del dipendente (indicare la motivazione tra quelle sottoelencate)

1. Disabilità psico-fisica o gravi patologie del dipendente certificata dalla struttura pubblica competente;
2. Esigenze di cura di figli conviventi minori di anni 14;
3. Esigenze di cura di parenti e affini conviventi (entro il 2° grado di parentela/affinità) o comunque di conviventi (risultanti da apposita certificazione redatta dal comune di residenza);
4. Altri motivi (distanza dalla sede di lavoro, esigenze collegata alla frequenza di corsi di studio altri (specificare) .....

Orario settimanale	Dalle ore ...alle ore	In Lavoro agile	In ufficio
Lunedì			
Martedì			
Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			
Sabato			
Reperibilità giornaliera concordata	Dalle ore ...alle ore		
Recapito telefonico	Fisso Mobile		
Referente per lavoro agile			
Durata del lavoro agile			
Verifica delle prestazioni			

ESATTO INDIRIZZO DEL LUOGO IN CUI VERRA' SVOLTO LA PRESTAZIONE DI LAVORO AGILE

Il dipendente è consapevole ed accetta che i sistemi dell'Unione prevedono la registrazione dei log dei vari eventi e della navigazione effettuata e la postazione di lavoro informatizzata è sottoposta agli stessi blocchi e configurazioni dei pc dell'Amministrazione.

FIRMA del dipendente

FIRMA del Responsabile di Area

Data

**ALLEGATO C. SCHEDA DI RENDICONTAZIONE ATTIVITA' SVOLTA E MONITORAGGIO DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA RESA IN LAVORO AGILE**

o SCHEDA PERIODICA (MENSILE – BIMESTRALE - SEMESTRALE)

o SCHEDA FINALE.

**SEZIONE A – A CURA DEL DIPENDENTE**

- NOME
- COGNOME
- MATRICOLA
- AREA
- SETTORE DI APPARTENENZA
- CATEGORIA
- REFERENTE PER IL LAVORO AGILE
- PERIODO DI RENDICONTAZIONE
- ATTIVITA' SVOLTE:

Il/la dipendente consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. N.445/2000,

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- a. ATTIVITA' SVOLTE: .....
- b. EVENTUALI CRITICITA' OPERATIVE RISCONTRATE:.....
- c. EVENTUALI CRITICITA' SOGGETTIVE RISCONTRATE: (lontananza dall'ambiente di lavoro, carenza di confronto con i colleghi, senso di isolamento, etc..)

DATA

Firma del dipendente

**SEZIONE B - A CURA DEL DIRIGENTE**

- a. ATTIVITÀ (INDICARE IL N. DI ATTIVITÀ SVOLTE DAL DIPENDENTE) .....
- b. PARAMETRO DI MISURAZIONE (COME DA PROGETTO – ALLEGATO A) .....
- c. % DI RAGGIUNGIMENTO .....
- d. EVENTUALI CRITICITA' OPERATIVE RISCOstrate: .....
- e. EVENTUALI CRITICITA' SOGGETTIVE RISCOstrate: .....
- f. VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DEL PROGETTO:.....

DATA

Firma del RESPONSABILE DI AREA