Al Responsabile di Area

……………………………………….

**Ogg. Richiesta attivazione lavoro agile**

Il sottoscritto …………………………………………………, in servizio presso il Settore…………………….., Ufficio ……………………………

CHIEDE

L’attivazione di un progetto straordinario di lavoro agile per le seguenti attività:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROCEDIMENTO DI RIFERIMENTO** | **FASE DEL PROCEDIEMNTO** | **ATTIVITA’ DA REMOTO** | **OUTPUT/RISULTATI ATTESI** |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |

Per l’attività di lavoro agile la postazione di lavoro potrà essere cosi strutturata:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sistemi di supporto necessari** | **Specificare tipologia** | **Fornita dall’amministrazione** | **Fornita dal dipendente** |
| Postazione | Indicare la tipologia (se PC fisso o notebook) |  |  |
| Connettività | Adsl, fibra, ecc. | i tempi di attivazione non consentono alla amministrazione di provvedere. |  |
| Antivirus installato | Indicare quale e se aggiornato |  |  |
| Configurazioni software (ad es. firma digitale, open office, ecc.) | Dettagliare i software  |  |  |
| Accesso alla intranet e ai software aziendali | Dettagliare i software sui quali si deve operare |  |  |
| Documentazione cartacea | Documenti originali, ecc. |  |  |
| Telefono | Indicare se fisso o mobile |  |  |
| Stampante | Solo se personale | Non può essere fornita pertanto utilizzare pdf creator |  |
| Scanner | Solo se personale | Non può essere fornito pertanto utilizzare Camera del cellulare |  |
| Altro | Eventuali specificazioni non previste nelle voci sopra elencate |  |  |

Precisa che la richiesta è motivata dalle seguenti priorità:

* lavoratore portatore di patologia che lo rende più esposto al contagio
* lavoratore che si avvale del servizio pubblico per raggiungere la sede lavorativa
* lavoratore su cui grava la cura dei figli a seguito della contrazione dei servizi scolastici
* ………………………………………..

Rotella, lì ………………………….. ………………………………………….