

MODULO DI RICHIESTA PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA IN MODALITÀ DI LAVORO AGILE

DATI DEL DIPENDENTE

- Nome e Cognome: _____
- Matricola (se applicabile): _____
- Qualifica/ruolo: _____
- Settore/Ufficio di appartenenza: _____
- Numero di telefono aziendale/personale: _____
- E-mail aziendale: _____

TIPOLOGIA DI RICHIESTA

- Prima richiesta di attivazione del lavoro agile
- Modifica delle condizioni di un precedente accordo
- Rinnovo dell'accordo di lavoro agile
- Revoca del lavoro agile su richiesta del dipendente

PERIODO DI ATTIVAZIONE RICHIESTO

Dal _____ al _____ (indicare periodo sperimentale o definitivo)

GIORNATE RICHIESTE IN MODALITÀ AGILE

- 1 giorno a settimana (specificare giorno: _____)
- 2 giorni a settimana (specificare giorni: _____)
- Altro: _____

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DA SVOLGERE IN MODALITÀ AGILE

DOTAZIONI INFORMATICHE UTILIZZATE

- PC aziendale
- PC personale
- Connessione internet propria
- VPN aziendale
- Telefono aziendale
- Altri strumenti: _____

AUTODICHIARAZIONE SULLA SICUREZZA DELLA POSTAZIONE DI LAVORO

Dichiaro sotto la mia responsabilità che la mia postazione di lavoro agile rispetta i requisiti minimi di ergonomia e sicurezza previsti dalla normativa vigente (D.Lgs. 81/2008), in particolare:

- Lavoro in un ambiente adeguato, privo di rischi evidenti per la salute e la sicurezza.
- Dispongo di una postazione con illuminazione adeguata e una sedia ergonomica.
- Sono consapevole delle misure di prevenzione dei rischi legati all'uso prolungato di videoterminali.

Accetto e confermo quanto sopra dichiarato.

IMPEGNI DEL LAVORATORE

Dichiaro di impegnarmi a:

- Rispettare gli orari di reperibilità concordati con la RSA.
- Mantenere la riservatezza delle informazioni aziendali e dei dati personali dei pazienti.
- Garantire la continuità operativa e la collaborazione con il resto del team.
- Comunicare tempestivamente qualsiasi difficoltà tecnica o organizzativa.

Accetto e confermo quanto sopra dichiarato.

APPROVAZIONE DELLA RICHIESTA

• Parere del Responsabile di Settore:

Favorevole Non favorevole

Motivazione (se necessaria): _____

Firma _____

• Approvazione del Presidente:

Approvato Non approvato

Motivazione (se necessaria): _____

Firma del Presidente _____

FIRME

Firma del dipendente: _____

Firma del Presidente _____

Data: _____

Note:

- Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e consegnato alla Direzione per l'approvazione.
- L'approvazione è soggetta alla verifica della compatibilità delle attività con il lavoro agile.
- In caso di approvazione, il dipendente riceverà copia dell'Accordo Individuale per il Lavoro Agile.