
	<p align="center"><b>Allegato A al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.) dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure</b></p> <p align="center"><b>Sistema Gestione Qualità Aziendale</b></p>	<p align="right"><b>MOD1485</b></p> <p align="right">Rev. 0 del 06/07/2022 Pagina 1 di 7</p>
	<p align="center"><b>Richiesta Attivazione Lavoro Agile</b></p>	

**(Da inoltrare al protocollo per l'assegnazione alla S.C. Risorse Umane e al S.I.A. tramite procedura Folium, previa acquisizione della dichiarazione del Direttore/Dirigente Responsabile di riferimento)**

*N.B. compilare il presente modello in tutte le sue parti; informazioni incomplete potranno precludere la valutazione della richiesta*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di dipendente a tempo  indeterminato  determinato dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure,

### CHIEDE

di poter svolgere la propria prestazione lavorativa presso l'Azienda in modalità agile secondo i termini, le tempistiche e le modalità da concordare nell'Accordo individuale da sottoscrivere con il Direttore/Dirigente Responsabile della propria Struttura di appartenenza, per la durata di mesi sei (6), eventualmente prorogabili, ai sensi del vigente P.O.L.A. aziendale.

A tal fine, fornisce le seguenti informazioni personali:

## DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE

**MATR.** \_\_\_\_\_ **COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_  
*(indicare matricola, cognome e nome del/della dipendente richiedente )*

**CATEGORIA** \_\_\_\_\_ **PROFILO PROFESSIONALE** \_\_\_\_\_  
*(ad. es. Dirigente, Collaboratore Professionale Amministrativo, ecc. categoria solo per Comparto)*

**STRUTTURA DI APPARTENENZA** \_\_\_\_\_  
*(indicare la Struttura di appartenenza, S.C., S.S.D., Dipartimento, ecc., secondo l'assetto organizzativo vigente aziendale)*

**INDIRIZZO DI RESIDENZA** \_\_\_\_\_  
*(indirizzo di residenza del/della richiedente)*

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_  
*(solo se diverso dalla residenza)*



**E-MAIL:** \_\_\_\_\_  
*(indirizzo di posta elettronica al quale dovrà essere effettuata ogni comunicazione relativa alla presente procedura)*

**NUMERO DI TELEFONO:** \_\_\_\_\_  
*(recapito da utilizzare ogni comunicazione relativa alla presente procedura)*

### DICHIARA

**a)** di aver preso visione integralmente dei contenuti del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.) dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure, unitamente ai relativi allegati, e di aver compreso ed accettare incondizionatamente e senza riserva alcuna quanto ivi disposto, nessuna parte esclusa;

Ciò premesso:

	<p align="center"><i>Allegato A al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.) dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure</i></p> <p align="center"><b>Sistema Gestione Qualità Aziendale</b></p>		<p align="right"><b>MOD1485</b></p> <p align="right">Rev. 0 del 06/07/2022 Pagina 2 di 7</p>
	<p align="center"><b>Richiesta Attivazione Lavoro Agile</b></p>		

**Chiede di essere autorizzato ad espletare lavoro agile nella/e seguente/i giornata/e della settimana (barrare la casella che interessa):** (max 1 giorno per Dirigenza, incarichi funzione e resp. proc.; max 2 gg. per restante personale – max. 3 gg. in caso di orario articolato su 6 gg. lavorativi)

Lunedì     Martedì     Mercoledì     Giovedì     Venerdì     Sabato



**Dichiara che, di norma, la prestazione lavorativa potrà essere svolta, anche alternativamente, nel/nei seguente/i luogo/ghi, informando, di volta in volta, il proprio Direttore/Dirigente Responsabile (v. art. 7 P.O.L.A.):** *(barrare la/le casella/e che interessano e specificare l'indirizzo):*

- Residenza \_\_\_\_\_;
- Domicilio \_\_\_\_\_;
- Altro *(specificare):* \_\_\_\_\_;

**Dichiara, inoltre, che il luogo di espletamento dell'attività in SW è in linea con la normativa riguardante la sicurezza del lavoro in riferimento alle caratteristiche dell'ambiente e degli strumenti utilizzati**

**e di rientrare nella/e categoria/e preferenziale/i di seguito elencata/e** *(allega certificazione e/o documentazione comprovante):* **Le specifiche seguenti sono finalizzate esclusivamente a definire i livelli di precedenza all'interno della Struttura di appartenenza**

- Lavoratore fragile (soggetto in possesso di certificazione, rilasciata dai competenti organi medico/legali, attestante la sussistenza di una condizione/patologia contemplata dal Decreto Interministeriale del 3 febbraio 2022);
- Lavoratori/trici con figli e/o altri conviventi in condizioni di disabilità certificata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, e ss.mm.ii.;
- Lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del Testo Unico delle disposizioni Legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151, e ss.mm.ii.;
- Lavoratrici in stato di gravidanza (qualora non in situazione di gravidanza a rischio, astensione obbligatoria o divieto di rendere, comunque, la prestazione lavorativa, all'esito di accertamento medico sanitario);
- Lavoratori/trici con figli conviventi nel medesimo nucleo familiare minori di quattordici anni;
- Esigenze di cura di altri familiari (esclusi figli) in relazione all'età, al numero o all'assenza di altri membri della famiglia che possano provvedere loro o ai quali sia stata concessa la modalità di *smartworking* per la stessa causale;
- Personale esonerato dalla vaccinazione Covid rilasciata dai competenti organi medico-legali;
- Lavoratori/trici residenti o domiciliati in comuni al di fuori di quello in cui si trova la Struttura aziendale di appartenenza, comportante un tragitto, tra andata e ritorno, superiore a Km. 20;
- Altro \_\_\_\_\_;

	<p align="center"><b>Allegato A al Piano Organizzativo del Lavoro Agile</b> (P.O.L.A.) dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure <b>Sistema Gestione Qualità Aziendale</b></p>		<p align="center"><b>MOD1485</b></p>
	<p align="center"><b>Richiesta Attivazione Lavoro Agile</b></p>		 <p align="right">Rev. 0 del 06/07/2022 Pagina 3 di 7</p>

**Dichiara, altresì:**

- di essere in possesso della strumentazione propria da utilizzare per l'espletamento della prestazione lavorativa in modalità agile, in particolare:
- personal computer con sistema operativo Windows 7 o Windows 10 con ultima versione/patch di sicurezza installata;
- personal computer con un sistema antivirus attivo ed aggiornato;
- connessione ad Internet di tipo ADSL con banda minima 10 Mbit;
- numero telefonico domiciliare o mobile su cui effettuare inoltramento di chiamata, ovvero sul quale essere contattato negli orari di reperibilità,
- di richiedere all'Azienda la seguente dotazione:

*(indicare la dotazione occorrente)*

per le seguenti motivazioni:

*(indicare le motivazioni eccezionali e straordinarie alla base della richiesta)*

**Precisa, che il/i PC interno/i all'Azienda che si intende utilizzare da remoto è/sono il/i seguente/i:**

*(Tale informazione è riportata sul desktop di tutti i PC aziendali, dove si trova anche l'indirizzo IP fornito per l'assistenza remota)*

**che l'eventuale numero interno assegnato da deviare su altro numero personale è il seguente:**

**che la fascia di contattabilità è individuata, tendenzialmente, dalle 09.30 alle 12.30 e dalle 14.30 alle 16.00-**

La fascia di disconnessione è dalle ore 19.30 alle ore 07.30, oltre al sabato e ai festivi.



**Assistenza tecnica**

*Si precisa che l'assistenza tecnica che i servizi informatici dell'Azienda potranno fornire sarà limitata al corretto funzionamento della connessione e dei programmi indicati nella richiesta.*

*In nessun caso si potrà intervenire sui dispositivi personali o non presenti all'interno dell'Azienda.*

*Il supporto non sarà fornito in orari o su applicazioni non previste nell'ordinario servizio di assistenza tecnica presso l'Azienda.*

*Gli Amministratori di Sistema si riservano la possibilità di sospendere o revocare le autorizzazioni di accesso qualora lo reputino necessario per preservare la sicurezza della rete, dei sistemi e dei dati di cui l'Azienda è Titolare.*

	<p align="center"><b>Allegato A al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.) dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure</b></p> <p align="center"><b>Sistema Gestione Qualità Aziendale</b></p>		<p align="right"><b>MOD1485</b></p> <p align="right">Rev. 0 del 06/07/2022 Pagina 4 di 7</p>
	<p align="center"><b>Richiesta Attivazione Lavoro Agile</b></p>		

Il/la sottoscritto/a, infine,

**D I C H I A R A**

- (a) di impegnarsi a sottoscrivere, in caso di accettazione, il relativo accordo individuale con l'Azienda;
- (b) di confermare l'osservanza a tutte le prescrizioni di legge nonché al regolamento *policy/privacy* approvato dall'Azienda e pubblicato al *link*:

[https://www.asl2.liguria.it/components/com\\_publiccompetitions/includes/download.php?id=11954:regolamento-policy-privacy-aziendale.pdf](https://www.asl2.liguria.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=11954:regolamento-policy-privacy-aziendale.pdf)

in conformità alle istruzioni impartite per iscritto dal Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di assegnazione, a norma dell'art. 29 R.G.P.D., confermando quindi gli impegni assunti afferenti alle misure di sicurezza nel trattare i dati, ivi inclusi quelle di natura informatica a cui è vincolato a norma del regolamento aziendale inerente all'utilizzo dei sistemi informatici di telefonia, pubblicato al *link*:

[https://www.asl2.liguria.it/components/com\\_publiccompetitions/includes/download.php?id=3247:regolamento-relativo-ai-servizi-informatici-di-telecomunicazione-e-video-sorveglianza.pdf](https://www.asl2.liguria.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=3247:regolamento-relativo-ai-servizi-informatici-di-telecomunicazione-e-video-sorveglianza.pdf)

- (c) i accettare, senza riserva, le norme di comportamento nell'utilizzo delle dotazioni informatiche per i dipendenti in modalità agile impartite dall'Azienda;
- (d) di manlevare l'Azienda da qualunque responsabilità per l'utilizzo delle dotazioni informatiche che impiegherà durante il lavoro agile, con particolare riferimento alla sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro ed alle correlate prescrizioni *ex* D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii.;
- (e) di aver svolto la formazione obbligatoria in materia di salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro *ex* articolo 37 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e ss.mm.ii., ovvero di impegnarsi ad effettuarla entro e non oltre 60 gg. dall'avvio del presente progetto, contattando a tal fine la S.S.D. Prevenzione e Protezione (Tel. 019-8404839-6232119; *e-mail*: [f.caocci@asl2.liguria.it](mailto:f.caocci@asl2.liguria.it));
- (f) di essere consapevole che, ferma restando l'applicazione degli istituti di legge e di contratto valevoli per i lavoratori e le lavoratrici subordinati/e dell'Azienda, non sono previsti compensi aggiuntivi e/o rimborsi extra di qualunque natura durante il periodo di lavoro agile.

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci,

**A L L E G A**

fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.



**Lì** \_\_\_\_\_

**Il/La Dichiarante**  
*(firma leggibile del/della dipendente)*

*Allegato: copia documento di identità in corso di validità.*





	<p align="center"><i>Allegato A al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.) dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure</i></p> <p align="center"><b>Sistema Gestione Qualità Aziendale</b></p>	<p align="right"><b>MOD1485</b></p> <p align="right">Rev. 0 del 06/07/2022 Pagina 7 di 7</p>
	<p align="center"><b>Richiesta Attivazione Lavoro Agile</b></p>	

- c) prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- d) rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

- che l'accoglimento della presente richiesta di attivazione del lavoro agile è conforme, altresì, al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.) dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure (Articolo 14, Legge 7 agosto 2015, n. 124, e ss.mm.ii.- Articolo 6, D.L. 9 giugno 2021, n. 80, e ss.mm.ii., convertito, con modificazioni, nella L. 6 agosto 2021, n. 113), nella parte in cui si prevede che:

- a) nella fase di prima attuazione del presente Piano e a decorrere dalla data della sua approvazione, il lavoro agile con modalità ordinarie (non semplificate) nell'ambito dell'A.S.L. 2 Azienda Sociosanitaria Ligure è consentito ed autorizzabile, secondo criteri, modalità e procedure di cui al presente documento, per un massimo di n. 2 giornate lavorative settimanali (n. 3 giornate in caso di orario articolato su n. 6 giorni);
- b) è previsto il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei Dirigenti (ove responsabili di Struttura, in quanto assegnatari di risorse umane) e dei responsabili dei procedimenti, per i quali l'accesso al lavoro agile è consentito in misura non superiore a n. 1 giornata nell'arco della settimana lavorativa.

**IL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE**

\_\_\_\_\_  
*(timbro e firma)*

**VISTO OBBLIGATORIO DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

**IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

\_\_\_\_\_  
*(timbro e firma)*

**(2) IN CASO DI MANCATO ACCOGLIMENTO:**

Si formula, separatamente, specifica nota di diniego, indirizzata allo/a stesso/a dipendente e alla S.C. Risorse Umane, debitamente motivata, in ordine alla oggettiva impossibilità a svolgere l'attività lavorativa in modalità agile; a tale nota dovrà essere allegata la presente richiesta.

**IL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE**

\_\_\_\_\_  
*(timbro e firma)*