

## PROPOSTA PROGETTO DI LAVORO AGILE

Proponente: \_\_\_\_\_ Direttore/Responsabile della Struttura \_\_\_\_\_

Dipendente/i interessato/i (vedi allegato)

Processi di lavoro/attività da svolgere in remoto

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...
6. ...

Obiettivi da conseguire mediante lo svolgimento delle attività sopra elencate in modalità agile:

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...
6. ...

L'attività è valutabile/misurabile secondo i seguenti standard quali/quantitativi:

Periodicità della rendicontazione delle attività svolte: \_\_\_\_\_

Responsabile diretto della verifica della prestazione di lavoro (Dirigente responsabile del progetto):

Sistemi di supporto tecnologici necessari: (ad esempio notebook, telefono cellulare, connessione ad Internet, eventuale software) \_\_\_\_\_

Necessità di particolari percorsi formativi \_\_\_\_\_

Giorni di rientro in sede: n° giorni \_\_\_\_\_

Fasce orarie giornaliere di disponibilità al contatto nei giorni di lavoro agile:

- Per i dipendenti a tempo pieno indicare uno o più spazi temporali pari complessivamente ad almeno 2 ore

dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

- Per i dipendenti a tempo parziale/impegno orario ridotto di tipo orizzontale indicare una unica fascia di un'ora

E' prevista la disconnessione dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_, nonché nei giorni \_\_\_\_\_ e nei giorni festivi

Durata del progetto: n° mesi \_\_\_\_\_ decorrenti dalla sottoscrizione dell'accordo individuale

Revocabilità del progetto:

- da parte dell'Azienda/Istituto decorso il termine di n° \_\_\_\_\_ mesi;
- da parte del dipendente decorso il termine di n. \_\_\_\_\_ mesi.

**Stima dei costi e dei benefici dell'iniziativa** (es. costi: minore possibilità di utilizzo del contatto personale / difficoltà di collegamento con i colleghi presenti in ufficio / maggiori difficoltà per gli utenti a contattare gli uffici - es. benefici: migliore conciliazione dei tempi vita e di lavoro / riduzione dei costi di energia elettrica della postazione di lavoro / minore impatto ambientale / riduzione del numero e dei tempi di spostamento casa-lavoro)

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma (Dirigente responsabile del progetto) \_\_\_\_\_

**DATI delle/dei DIPENDENTI INTERESSATE/I**

Cognome e Nome	
Unità Operativa di Assegnazione	
Responsabile Diretto	
Posizione Ricoperta/Profilo Professionale	
Rapporto di Lavoro	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale/Impegno Ridotto
Recapito Telefonico	
Condizioni da Valutare	Presenza di importante patologia (certificata) Genitore di figlia/o fino a 3 anni età Genitore di figlia/o in condizioni di grave disabilità, Genitore di figlia/o minori di 14 anni Assistenza al coniuge, parente o conviventi Altro: .....
Distanza domicilio - sede di lavoro	km.....
Mezzo utilizzato spostamento casa-lavoro	

Cognome e Nome	
Unità Operativa di Assegnazione	
Responsabile Diretto	
Posizione Ricoperta/Profilo Professionale	
Rapporto di Lavoro	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale/Impegno Ridotto
Recapito Telefonico	
Condizioni da Valutare	Presenza di importante patologia (certificata) Genitore di figlia/o fino a 3 anni età Genitore di figlia/o in condizioni di grave disabilità, Genitore di figlia/o minori di 14 anni Assistenza al coniuge, parente o conviventi Altro: .....
Distanza domicilio - sede di lavoro	km.....
Mezzo utilizzato spostamento casa-lavoro	

Cognome e Nome	
Unità Operativa di Assegnazione	
Responsabile Diretto	
Posizione ricoperta/Profilo Professionale	
Rapporto di Lavoro	<input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Tempo Parziale/Impegno Ridotto
Recapito Telefonico	
Condizioni da Valutare	Presenza di importante patologia (certificata) Genitore di figlia/o fino a 3 anni età Genitore di figlia/o in condizioni di grave disabilità, Genitore di figlia/o minori di 14 anni Assistenza al coniuge, parente o conviventi Altro: .....
Distanza domicilio - sede di lavoro	km.....
Mezzo utilizzato spostamento casa-lavoro	