



Modulo di Unità Operativa	MU 201110 B 73
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	
RICHIESTA DI POSTAZIONE DI TELELAVORO – SCHEDA PROGETTO PERSONALE DEL COMPARTO SANITÀ	Rev. 1 del 15/04/2025 Pagina 1 di 3

DA COMPILARE A CURA DEL DIRETTORE/RESPONSABILE

Sezione 1 – PROGETTO DI TELELAVORO

Richiesta di n. postazione/i di telelavoro

presso l'Unità Operativa

per il seguente profilo professionale

DURATA (indicare la durata del progetto fino ad un massimo di 3 anni)

Giorni di presenza del dipendente presso la sede aziendale:

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

Giorni di telelavoro della settimana

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

Articolazione oraria nei giorni di telelavoro:

Il/i giorno/i dalle ore alle ore

Il/i giorno/i dalle ore alle ore

CONTENUTO DEL PROGETTO: ATTIVITÀ' DA SVOLGERE IN TELELAVORO



Sezione 2 – DESCRIZIONE DEI CRITERI QUALITATIVI E QUANTITATIVI DI VERIFICA DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA

(es. numero/tipologia di provvedimenti, note protocollate, altre tipologie di pratiche...)

Sezione 3 - MODALITÀ' DI VERIFICA E MONITORAGGIO DELLA PRESTAZIONE SVOLTA IN TELELAVORO

Periodicità del monitoraggio dell'attività svolta dal dipendente da parte del
Direttore/Responsabile avrà cadenza**

☐ giornaliera ☐ settimanale ☐ mensile

** si precisa che il Direttore/Responsabile dovrà inviare mensilmente, **entro il giorno 10 del mese successivo** a quello di riferimento, la scheda monitoraggio MU B 74 alla casella e-mail gestione.amministrativa.personale@aovr.veneto.it

Sezione 4 – STRUMENTAZIONE PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE

Indicare gli strumenti necessari per espletare la prestazione lavorativa a distanza

(previa verifica della disponibilità aziendale):

- ☐ pc fisso
- ☐ pc portatile
- ☐ stampante
- ☐ scanner
- ☐ telefono del dipendente sul quale verrà attivata la deviazione di
- ☐ chiamata del numero aziendale fisso
- ☐ microfono e webcam
- ☐ altro



Sezione 5 – DICHIARAZIONI A CURA DEL DIRETTORE/RESPONSABILE

Io sottoscritto/a

ATTESTO

- che le attività oggetto della prestazione lavorativa in modalità agile rispettano i criteri di cui all'art. 5 del Regolamento (ossia sono attività "remotizzabili");
- la compatibilità tra lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile e le esigenze organizzative della Struttura;

DICHIARO INOLTRE

di essere a conoscenza del **principio di invarianza dei servizi resi all'utenza** ovvero che lo strumento del telelavoro non dovrà pregiudicare la qualità e la quantità dei servizi offerti né l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

Verona, _____

TIMBRO E FIRMA DEL DIRETTORE/RESPONSABILE

Sezione 6 – DICHIARAZIONI A CURA DELL'UOS SERVIZIO SISTEMI INFORMATIVI

Io sottoscritto Responsabile della UOS Servizio Sistemi informativi

ATTESTO

la disponibilità della strumentazione tecnologica aziendale richiesta nella presente Scheda Progetto per lo svolgimento del telelavoro.

Verona, _____

Firma _____