

ALLEGATO G

Al dipendente
Sig./Sig.ra Dr./Dr.ssa.....
presso la U.O.C.....

**RICHIESTA
SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA
IN MODALITA' "LAVORO AGILE"**

I Direttore/Dirigente Responsabile della presso la AUSL Latina,

PREMESSO CHE

Con Deliberazione n..... del..... è stato adottato dalla AUSL di Latina il Regolamento in materia di Lavoro Agile;

VERIFICATO CHE

- a. l'attività svolta dal lavoratore è efficacemente espletabile in modalità agile;
- b. lo svolgimento della prestazione lavorativa da remoto non pregiudica né riduce la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- c. non sussistono situazioni di lavoro arretrato tali da negare la possibilità di svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile;

VALUTATO CHE

- d. lo svolgimento da remoto della prestazione lavorativa in modalità agile risulta coerente con le complessive esigenze organizzative e funzionali della Struttura;

GARANTITA

- e. un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile;
- f. la prevalenza della prestazione lavorativa dei dipendenti in presenza;

PROPONE

al dipendentematricola.....lo svolgimento dell'attività lavorativa nelle forme del lavoro agile:

- ☐ a tempo indeterminato per la/le giornata/e di.....
- ☐ a tempo determinato a decorrere dal.....con scadenza il.....per la/le giornata/e di.....

con obiettivi e fasce di contattabilità dettagliate nel successivo accordo integrativo al contratto.

_____, _____
Luogo e data

IL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE