



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Allegato 2

**RICHIESTA PER L'ACCESSO ALLA SPERIMENTAZIONE DEL
TELELAVORO DOMICILIARE**

**PROGETTO UNITO-TEL
PER IL PERSONALE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO**

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Matricola _____

Sesso M F

Nato/a il ___/___/___ a _____ (prov. _____)

residente a _____ Via _____ n. _____

domiciliato (se diverso dalla residenza) a _____ Via _____ n. _____

Con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a:

tempo pieno

part time orizzontale al _____ (indicare la percentuale)

part time verticale al _____ (indicare la percentuale)

Giorni settimanali di presenza (per il part-time verticale): _____

Categoria con posizione economica _____

in servizio presso

Direzione/Dipartimento/Scuola/ Centro /Struttura didattica speciale: _____

Direttore _____

Servizio/Settore/Staff _____

CHIEDE

di accedere alla sperimentazione del telelavoro domiciliare.



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R n.445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità

a) di possedere i seguenti requisiti (la mancanza dei seguenti requisiti comporterà l'esclusione dalla graduatoria):

- abitabilità del proprio alloggio, ovvero idoneità impianti elettrici, riscaldamento e luogo di lavoro; in assenza di certificazione dell'impianto elettrico, all'avvio del progetto il telelavoratore si impegna a mettere a disposizione dei tecnici, che configureranno la postazione informatica, uno stabilizzatore/gruppo di continuità.
- raggiungibilità del proprio alloggio da connessione 3G o di avere già a disposizione un collegamento al minimo ADSL 7Mega
- impegno a telelavorare presso la residenza/il domicilio per tutta la durata del progetto

b) di trovarsi nelle seguenti condizioni:

- disabilità psico-fisica e/o sensoriale in situazione di gravità, accertata ai sensi della L. 104/92.
La relativa documentazione (verbale di accertamento rilasciato dalla commissione competente):
 - è già in possesso dell'Amministrazione Universitaria
 - sarà consegnata personalmente in busta chiusa, in caso di ammissione alla sperimentazione, al Settore Iniziative a Supporto del Personale
- disabilità psico-fisica e/o sensoriale con percentuale:
 - < 46%
 - ≥ 46%La relativa documentazione (verbale di accertamento rilasciato dalla commissione competente):
 - è già in possesso dell'Amministrazione Universitaria
 - sarà consegnata personalmente in busta chiusa, in caso di ammissione alla sperimentazione, al Settore Iniziative a Supporto del Personale
- dipendente con coniuge, parente o affine (entro il II grado e nei casi previsti dalla legge 104/92) con disabilità in situazione di gravità.
La relativa documentazione (verbale di accertamento rilasciato dalla commissione competente):
 - è già in possesso dell'Amministrazione Universitaria
 - sarà consegnata personalmente in busta chiusa, in caso di ammissione alla sperimentazione, al Settore Iniziative a Supporto del Personale



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

- dipendente con coniuge, parente o affine (entro il II grado) con una percentuale di disabilità $\geq 46\%$
La relativa documentazione (verbale di accertamento rilasciato dalla commissione competente):
 - sarà consegnata personalmente in busta chiusa, in caso di ammissione alla sperimentazione, al Settore Iniziative a Supporto del Personale

- figli/e in età fino a 13 anni compiuti:
 - da 0 a 3 anni compiuti
 - da 4 a 8 anni compiuti
 - da 9 a 13 anni compiuti

- monogenitrice/tore (nucleo monoparentale come previsto dal D.Lgs. 151/2001: morte o abbandono di un una/un genitrice/ore, affidamento del figlio/a con provvedimento formale a una/un solo genitrice/ore, mancato riconoscimento del figlio/a da parte di una/un genitrice/ore) di una/o figlia/o in età fino a 13 anni compiuti.

- domicilio/residenza fuori dal comune della sede di servizio, con distanza del domicilio/residenza dalla sede di lavoro pari a
 - da 15 a 30 km
 - da 31 a 60 km
 - > di 60 kmFarà fede la distanza più breve calcolata attraverso la funzionalità di google maps (con <http://maps.google.it>), con parametro “auto” e indicando gli indirizzi di partenza e destinazione.



Presidenza del Consiglio dei Ministri
 Dipartimento per le Pari Opportunità



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

ATTIVITA' LAVORATIVA OGGETTO DI TELELAVORO

Descrizione delle attività da svolgere presso il domicilio/residenza

Dati, informazioni, documenti necessari allo svolgimento dell'attività (indicare se il dato o documento è in formato digitale)

- _____ digitale

Dati, informazioni, documenti prodotti dallo svolgimento dell'attività (indicare se il dato o documento è in formato digitale)

- _____ digitale



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Strumentazione:

(indicare la strumentazione necessaria per lo svolgimento dell'attività)

| Hardware | Software |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personal Computer | <input type="checkbox"/> RILPRES |
| <input type="checkbox"/> Stampante | <input type="checkbox"/> CIA |
| <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> U-GOV |
| <input type="checkbox"/> Scanner | <input type="checkbox"/> CSA |
| | <input type="checkbox"/> ESSE3 |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> Cartelle condivise |
| | <input type="checkbox"/> Firma digitale |
| | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |

- orario di lavoro proposto:

| | IN DOMICILIO | IN UFFICIO | Orario di reperibilità (solo per le giornate in telelavoro) |
|-----------|--------------------------|--------------------------|---|
| Lunedì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Martedì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Mercoledì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Giovedì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Venerdì | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

- durata del progetto (minimo 4 mesi massimo 8 mesi) _____

Firma del dipendente



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Allegato 3

**AUTORIZZAZIONE PER L'ACCESSO ALLA SPERIMENTAZIONE
DEL TELELAVORO PROGETTO UNITO-TEL
PER IL PERSONALE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO**

Il direttore _____ del/lla

Direzione/Dipartimento/Scuola/ Centro /Struttura didattica speciale: _____

esprime parere favorevole alla sperimentazione di telelavoro domiciliare avente durata di mesi _____,

proposta dal/lla dipendente

Cognome _____

Nome _____

Matricola _____

Sesso M F

Con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a:

tempo pieno

part time orizzontale al _____ (indicare la percentuale)

part time verticale al _____ (indicare la percentuale)

Giorni settimanali di presenza: _____

Categoria con posizione economica _____

In servizio presso il Servizio/Settore/Staff _____



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

L'attività di telelavoro domiciliare si svolgerà secondo i giorni e gli orari concordati nella domanda presentata attraverso le seguenti modalità:

- Modificazioni organizzative:

- individuazione di un referente per le attività in telelavoro, nella struttura organizzativa di appartenenza del telelavoratore
- individuazione del numero di colleghi del dipendente in telelavoro a cui erogare formazione sulle nuove modalità di comunicazione/collaborazione: ____
- utilizzo di strumenti per la gestione di dati e documenti digitali condivisi (dropbox, google apps, etc.)
- comunicazione attraverso la rete internet (skype, etc.)
- pianificazione periodica delle attività lavorative

Eventuali altre indicazioni:

- Modalità di verifica della prestazione:

Verifica periodica da parte di un soggetto incaricato (indicare se Direttore, Responsabile o Referente) delle attività lavorative svolte in telelavoro attraverso

- report periodico delle attività lavorative a cadenza
- incontri periodici in sede

Eventuali altre indicazioni:

Non autorizzo per i seguenti motivi:

Visto del Responsabile

Firma del Direttore _____