

AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DI N. 40 POSTAZIONI DI

TELELAVORO DOMICILIARE

RISERVATO AL PERSONALE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO

DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DI TRENTO

In esecuzione della determina del Dirigente del Servizio Acquisizione e Sviluppo n. 1165 del 15/09/2021, è indetto avviso per l'assegnazione di n. 40 postazioni di telelavoro domiciliare, di cui n. 2 riservate ai soggetti di cui all'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Scadenza del termine per la presentazione delle domande:

ore 12.00 del 15 ottobre 2021

DESTINATARI

Per telelavoro domiciliare si intende quella forma di lavoro a distanza, che il dipendente svolge presso il proprio domicilio, in luogo idoneo, con il prevalente supporto di tecnologie dell'informazione e della comunicazione, che consentono il collegamento con l'Azienda.

Il presente avviso è pertanto destinato a personale di qualsiasi profilo professionale del comparto che svolga attività compatibili con il lavoro a distanza e che possa effettuare almeno un giorno settimanale di telelavoro, da utilizzare anche frazionato.

La domanda, corredata dal parere favorevole del direttore dell'U.O./Servizio di appartenenza, sarà soggetta al parere di compatibilità tecnica in relazione all'attività da svolgere in telelavoro ed in relazione a:

- il software utilizzato
- le caratteristiche ambientali del luogo dove verrà svolto il lavoro
- le caratteristiche dell'impianto elettrico e telefonico, con particolare riferimento alla presenza o meno presso la propria abitazione di connessione internet ad uso personale.

POSTAZIONI

Le postazioni di telelavoro domiciliare disponibili sono n. 40 di cui di cui n. 2 riservate ai soggetti di cui all'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104. In mancanza di soggetti riservatari, le postazioni saranno disponibili per l'assegnazione tra gli altri aventi diritto.

L'assegnazione della postazione ha decorrenza dal 01 gennaio 2022 e scadenza il 31 dicembre 2023.

La postazione di telelavoro sarà messa a disposizione, installata e collaudata dall'Azienda. Al dipendente è fornito un collegamento a mezzo di linea cellulare (internet key) che è interamente a carico dell'Azienda.

DOMANDA

La domanda, redatta secondo il fac simile allegato, deve contenere le informazioni inerenti l'attività che il richiedente intende svolgere in telelavoro, necessarie per la valutazione di compatibilità tecnica e le informazioni inerenti le situazioni che danno luogo a punteggio, allegando l'eventuale documentazione sanitaria.

La domanda deve essere presentata anche a mezzo mail aziendale, entro le ore 12.00 del 15 ottobre 2021 al

Servizio Acquisizione e Sviluppo – Via Degasperi n. 79 - 38123 Trento

Mail: apss@pec.apss.tn.it

Tutte le comunicazioni inerenti la domanda saranno inviate via e-mail, all'indirizzo di posta elettronica aziendale.

GRADUATORIA

Nel caso in cui le domande pervenute superino il numero di postazioni disponibili, sarà formata una graduatoria con l'attribuzione dei seguenti punteggi fatto salvo il diritto di precedenza del personale a tempo pieno:

	punteggio	modalità
Famiglia monoparentale	5	Secondo i criteri definiti dall'art. 6, punto 1 del Regolamento dell'asilo nido aziendale
Cura dei figli da 0 a tre anni compiuti	4	Per ogni bambino
Cura dei figli da quattro a sei anni compiuti	3	Per ogni bambino
Cura dei figli da sette a quindici anni compiuti	2	Per ogni bambino
Cura di familiari anziani o disabili o con handicap	Da 1 a 10	Per ogni familiare, a cura della commissione socio-sanitaria
Motivi di salute personale: presenza di handicap o disabilità che comporta difficoltà negli spostamenti	Da 1 a 10	A cura della commissione socio-sanitaria
Dipendenti con età anagrafica uguale o maggiore di 55 anni	4	La verifica è effettuata d'ufficio
Distanza chilometrica tra residenza/domicilio e la sede di lavoro – dai 20 ai 40 km	3	Calcolato d'ufficio
Distanza chilometrica tra residenza/domicilio e la sede di lavoro – oltre i 40 km	6	Calcolato d'ufficio

La graduatoria è valida sino all'approvazione della successiva e può essere utilizzata in caso di rinuncia da parte dei beneficiari o di nuove postazioni disponibili.

I dipendenti in posizione utile per l'assegnazione delle postazioni sono tempestivamente contattati ed invitati a confermare il proprio interesse o a rinunciare entro il termine massimo di 10 giorni.

ACCORDO DI TELELAVORO

Il dipendente ed il proprio responsabile negoziano l'accordo di telelavoro con il supporto del referente dell'ufficio aziendale competente, tenendo in considerazione le esigenze organizzative individuali e della struttura, nonché quelle di colleghe e colleghi.

L'accordo di telelavoro è redatto secondo apposito schema definito dall'Azienda e contiene l'eventuale personalizzazione dell'orario presso la sede aziendale. L'accordo ha durata massima di due anni (sino al 31 dicembre del secondo anno successivo alla pubblicazione dell'avviso) ed è rinnovabile nel caso in cui il dipendente continui ad essere in posizione utile nella nuova graduatoria.

L'incarico stabilisce, a seconda della tipologia di attività svolta, i criteri per l'assegnazione e la verifica dell'orario seguito e/o lavoro svolto a distanza. Prevede inoltre con quale frequenza vengono assegnati i carichi di lavoro ed il periodo per lo svolgimento del lavoro assegnato (settimana, mese, altro periodo), le scadenze entro le quali il dipendente è tenuto a presentare una relazione sintetica sull'attività svolta.

RECESSO E RISOLUZIONE

Quando il responsabile constata che gli obiettivi non sono stati raggiunti, il dipendente è tenuto a specificare le motivazioni oggettive che non hanno permesso il completamento del piano previsto. L'Azienda può recedere dal rapporto di telelavoro in caso di reiterato ed immotivato mancato raggiungimento degli obiettivi.

Il dipendente può recedere dalla sua attività di telelavoro presentando richiesta motivata; la riassegnazione alla sede aziendale deve avvenire entro tre mesi dalla richiesta.

Il rapporto di telelavoro è risolto nei casi in cui, a seguito di processi di unificazione, riorganizzazione o decentramento dei servizi, l'attività per la quale è stato concesso il telelavoro non sia più compresa nelle prestazioni lavorative dell'Azienda.

Alla scadenza dell'incarico ovvero in caso di recesso o risoluzione dello stesso, il dipendente ha diritto alla riassegnazione alla sede aziendale nonché al ripristino dell'orario di lavoro, a tempo pieno o parziale, antecedente.

Per informazioni contattare:

Wilma Pederghana – Servizio Acquisizione e sviluppo – 0461904093

Roberta Gardumi – Servizio Acquisizione e sviluppo – 0461904091

Anna Innocenti – Servizio Acquisizione e sviluppo - 0461904936

Via mail all'indirizzo:
apss@pec.apss.tn.it

Spett.le

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Servizio Acquisizione e sviluppo

Via Degasperi, 79

38123 TRENTO (TN)

Il/La sottoscritto/amatr.....

nato/a a prov il

residente in via n.

C.A.P. città.....prov.....

numero telefono.....numero cellulare.....

indirizzo e-mail:.....

dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento nel
profilo di.....

in servizio presso la sede di

Servizio/U.O.....

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DI
POSTAZIONE DI TELELAVORO DOMICILIARE

Ai fini della formazione dell'eventuale graduatoria DICHIARA:

- ☐ di essere padre/madre/affidatario del/i minore/i (indicare per ciascun minore, sino ai 15 anni compiuti,
nome, cognome e data di nascita)

.....

.....

- ☐ di essere l'unico adulto convivente con il minore/i ☐SÌ ☐NO
(se sì indicare le ragioni: divorzio, separazione, vedovanza, altro)

-
-
- ☐ di avere motivi di salute personale con presenza di handicap o disabilità che comporta difficoltà negli spostamenti (*allegare documentazione medica*)
- ☐ di prestare assistenza ad un familiare ¹ nella seguente condizione (*indicare nome, cognome, grado di parentela, data di nascita e allegare documentazione medica*):

Indicare inoltre le seguenti informazioni:

- ☐ unico parente che assiste
- ☐ convivente con la persona assistita
- ☐ la persona assistita è residente a _____
- ☐ la persona assistita è domiciliata presso una Residenza Sanitaria Assistenziale / Casa di Riposo

al familiare è stato riconosciuto uno dei seguenti stati ☐SÌ ☐NO
(se sì indicare quale)

- ☐ handicap in situazione di gravità (articolo 3, comma 3 della legge 104/'92);
- ☐ invalidi civili in misura superiore al 74%;
- ☐ minori o infra diciottenni riconosciuti invalidi civili con diritto all'indennità mensile di frequenza e/o all'indennità di accompagnamento;
- ☐ ultra sessantacinquenni riconosciuti invalidi civili con diritto all'indennità di accompagnamento;
- ☐ riconosciuti ciechi civili
- ☐ sordomuti

¹ Per "familiari" cui il dipendente dichiara di prestare assistenza si intendono quelli individuati dall'articolo 4 della legge 8 marzo 2000, n. 53 che prevede i congedi del dipendente per eventi e cause particolari, e specificati dall'articolo 2 del Decreto Ministeriale 21 luglio 2000, n. 278, vale a dire: tutti i membri della famiglia anagrafica (a prescindere dalla sussistenza di alcun grado di parentela) nonché, anche se non conviventi, i soggetti di cui all'articolo 433 del codice civile (persone obbligate agli alimenti) e i parenti o affini entro il secondo grado.

- ☐ età anagrafica uguale o maggiore di 55 anni

- ☐ distanza chilometrica tra residenza/domicilio e la sede di lavoro:
 - ☐ tra i 20 ed i 40 Km
 - ☐ oltre i 40 Km

- ☐ di essere in servizio a tempo pieno

- ☐ di essere riservatario della postazione in quanto soggetto beneficiario della legge n. 104 del 1992 (art. 3) (*allegare certificazione*)

Dichiara di essere a conoscenza che la domanda sarà preventivamente sottoposta ad un parere tecnico relativo all'attività da svolgere in telelavoro, per l'espressione del quale allega la scheda seguente, debitamente compilata.

Luogo e data _____

(Firma per esteso e leggibile)

SCHEDA DI VALUTAZIONE TECNICA DELLA POSTAZIONE DI TELELAVORO

Cognome _____ Nome _____ matr. _____

Cellulare _____

Dati relativi al lavoro in ufficio

Struttura: _____ Luogo: _____

U.O. / Servizio: _____

Piano: _____ Stanza: _____ N° telefono _____

1. Che tipo di lavoro svolge? (segnare le ore di lavoro settimanale)

- ☐ Full time ☐ Part time verticale _____
- ☐ Part - time orizzontale _____ ☐ Turnistica _____

2. Che tipo di software utilizza?

- ☐ Contabilità
- ☐ Programmi di rilevazione di presenze
- ☐ Programmi di segreteria (cassa/prenotazione visite)
- ☐ Programmi per attrezzature diagnostiche
- ☐ Programmi per elaborazione testi (Word)
- ☐ Programmi per elaborazione dati (Excel, Access)
- ☐ Office
- ☐ Altro Specificare: _____

Dati relativi alla futura postazione di lavoro a casa

Luogo (città, paese, via): _____

Piano: _____ Stanza: _____ N° telefono fisso _____

La stanza è dedicata esclusivamente alla postazione di telelavoro? ☐ SI ☐ NO

Se NO quali altre attività vi si svolgono?

3. **L'abitazione ha gli impianti certificati:** ☐ ai sensi della legge 46/90
☐ ai sensi del DM 37 del 22/01/2008

4. **Indicare approssimativamente la superficie della stanza** _____

5. **Le pareti della stanza, davanti e dietro il videoterminale sono:**

☐ Chiare ☐ Scure ☐ Lucide ☐ Opache

6. **Le finestre?**

- Sono disposte lateralmente rispetto allo schermo ☐ SI ☐ NO

dove? _____

- Sono dotate di Veneziane o tende oscuranti ☐ SI ☐ NO

- Sono orientate ☐ Nord ☐ Sud ☐ Est ☐ Ovest

7. **Le luci artificiali a soffitto sono:**

☐ Neon ☐ Incandescenza ☐ Basso Consumo ☐ Altro: _____

8. **La sedia che utilizzerà è:**

☐ Sedile regolabile in altezza ☐ Schienale regolabile ed inclinabile

☐ Stabile ☐ Sostiene la regione lombare ☐ Utilizza poggiatesta

9. **Il piano di lavoro che utilizzerà è:**

- Colore: ☐ Chiaro ☐ Opaco ☐ Altro _____

- Altezza: ☐ Compresa fra 70-80 cm ☐ Regolabile in altezza ☐ Altro _____

- Dimensione; ☐ Spazio sufficiente per il libero movimento delle gambe

☐ Spazio sufficiente per l'appoggio degli avambracci

☐ Spazio sufficiente per il tipo di lavoro (normalmente 120 x 80 cm)

Dati relativi ai dispositivi informatici

● Collegamento a Internet

1. Ha un collegamento telefonico su rete fissa presso il domicilio dove intende svolgere il telelavoro?

- ☐ Si
- ☐ No

2. Se no, è attivabile un collegamento telefonico su rete fissa presso il domicilio dove intende svolgere il telelavoro?

- ☐ Si
- ☐ No

3. Ha attivato un servizio di connessione a Internet presso il domicilio dove intende svolgere il telelavoro?

- ☐ Si
- ☐ No

4. Se alla domanda nr. 3 ha risposto si quale è la tipologia del servizio di connessione a Internet attivo presso il domicilio dove intende svolgere il telelavoro?

- ☐ ADSL
- ☐ ISDN
- ☐ Dial Up
- ☐ Altro (specificare) _____

5. Se alla domanda nr. 3 ha risposto si quale è la tipologia di tariffazione attivata relativamente al servizio di connessione a Internet attivo presso il domicilio dove intende svolgere il telelavoro?

- ☐ a tempo
- ☐ "flat"
- ☐ Altro (specificare) _____

6. Se alla domanda nr. 3 ha risposto no quale è la tipologia del servizio di connessione a Internet attivabile presso il domicilio dove intende svolgere il telelavoro?

☐ ADSL

☐ ISDN

☐ Dial Up

☐ Altro (specificare) _____

☐ Non so (indicare i dati del domicilio dove intende svolgere il telelavoro:

Indicazioni aggiuntive:

10. Stampante

Ritiene necessario l'utilizzo della stampante per lo svolgimento delle mansioni che le sono attribuite in telelavoro?

☐ Si

Motivazione:

☐ No

11. Software aziendale che ritiene necessario utilizzare per il telelavoro

Le chiediamo di specificare il software aziendale (nome dell'applicativo con relativi moduli) che attualmente utilizza nella sua attività di lavoro o per il quale è abilitato:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Data: _____

Firma: _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RESPONSABILE

Il/la sottoscritto/a _____

Direttore del Servizio / U.O. _____

vista la richiesta del/la sig./a _____

di telelavoro domiciliare per il periodo **dal 01/01/2022 al 31/12/2023 da svolgere con una frequenza minima di una giornata a settimana, anche frazionabile**

Viste le attività telelavorabili di seguito elencate:

esprime parere positivo

allo svolgimento del telelavoro, per il quale saranno successivamente concordati con l'interessato/a i tempi ed i modi nell'accordo di telelavoro.

Eventuali precisazioni:

Data

Firma del Direttore

Per eventuali informazioni: tempoparziale.conciliazione@apss.tn.it – Tel. 0461/904093