



ISTITUTO COMPRESIVO MONTI

SCUOLA DELL'INFANZIA PRIMARIA E SECONDARIA DI 1°GRADO

SSIC83000R - C.F. 91021460901 - tel. 0789/44423 - FAX 0789/449233

Via A. MORO - 07020 MONTI

Al Personale ATA con profilo
Assistente Amministrativo
in servizio nell'I.C. "Monti"

Alla DSGA, Dott.ssa A.L. Scattolin

Alla RSU d'Istituto

Al sito web

Oggetto: indicazioni svolgimento lavoro agile (smart working).

Si informano le SS.LL. che a seguito del decreto dirigenziale del 17/03/2020 con prot. n. 997 con il quale si è provveduto ad autorizzare il lavoro agile, gli assistenti amministrativi dovranno seguire le seguenti indicazioni:

- collegarsi tutti i giorni, dal lunedì al venerdì dal 18/03/2020 al 03/04/2020 in orario antimeridiano dal proprio personal computer accedendo a PORTALE ARGO (Gecodoc) Segreteria Digitale con le proprie credenziali, alla propria casella di posta elettronica;
- protocollare o processare tutte le mail assegnate ed eseguire tutti i procedimenti amministrativi relativi;
- autocertificare giornalmente attraverso il **modello allegato** l'attività eseguita;
- garantire la reperibilità telematica e telefonica durante l'orario di servizio;
- seguire attentamente le indicazioni che quotidianamente verranno fornite dal Direttore dei S.G.A. garantendo la massima collaborazione;
- informare immediatamente il Direttore dei S.G.A. su eventuali problemi di connessione e per problemi di altra natura connessi all'attività lavorativa.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. ssa Mariarcangela Ramundo

(Documento firmato digitalmente ai sensi dell'art.
65 del D. Lgs. 82/05 e ss.mm.ii)



ISTITUTO COMPRENSIVO MONTI

SCUOLA DELL'INFANZIA PRIMARIA E SECONDARIA DI 1°GRADO

SSIC83000R - C.F. 91021460901 - tel. 0789/44423 - FAX 0789/449233

Via A. MORO - 07020 MONTI

Allegato 1. Modello di autocertificazione di esecuzione di lavoro agile.

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Monti**

Il/la sottoscritta _____ nata a _____
il _____ e residente a _____ in via
_____, in servizio presso Codesto Istituto in qualità di
Assistente Amministrativo ufficio _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 di aver effettuato le seguenti prestazioni lavorative, sulla base delle direttive impartite dalla DSGA:

GIORNO	ORARIO	ATTIVITA' SVOLTA



ISTITUTO COMPRENSIVO MONTI

SCUOLA DELL'INFANZIA PRIMARIA E SECONDARIA DI 1°GRADO

SSIC83000R - C.F. 91021460901 - tel. 0789/44423 - FAX 0789/449233

Via A. MORO - 07020 MONTI

DATA: _____

FIRMA: _____
