

Al Direttore Generale
A.S.P. "Daniele Moro"

Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale – Pianta Organica Aggiuntiva

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
Via/Piazza _____

in servizio a:

- Tempo Indeterminato
- Tempo Determinato fino al _____

presso la Pianta Organica Aggiuntiva con inquadramento categoria _____ con profilo professionale _____, in servizio presso la Sede di _____ Servizio _____

e con rapporto di lavoro attualmente a:

- Tempo pieno
- Tempo parziale di n° _____ ore settimanali così articolate:

| | | |
|-----------|------------------------|--------------------------|
| Lunedì | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |
| Martedì | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |
| Mercoledì | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |
| Giovedì | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |
| Venerdì | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |
| Sabato | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |

CHIEDE

con decorrenza dal 1° gennaio 1° luglio _____ (barrare la casella che interessa)

- la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale
- il mantenimento del rapporto di lavoro a tempo parziale

SECONDO LA SEGUENTE TIPOLOGIA

- Tempo parziale verticale per n° _____ settimanali (Non inferiore al 30% dell'orario contrattualizzato)
- Tempo parziale orizzontale per n° _____ ore settimanali (Non inferiore al 30% dell'orario contrattualizzato)

Articolazione oraria:

(Si invita a collocare l'orario all'interno dell'orario di servizio previsto per la struttura di appartenenza)

| | | |
|-----------|------------------------|--------------------------|
| Lunedì | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |
| Martedì | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |
| Mercoledì | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |
| Giovedì | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |
| Venerdì | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |
| Sabato | dalle _____ alle _____ | e dalle _____ alle _____ |

Flessibilità richiesta (la flessibilità oraria è subordinata alle esigenze di servizio):

- Flessibilità di n. ____ minuti • in anticipo, • in posticipo

Motivazioni:

- Motivazioni di carattere personale e/o familiare: _____

- Svolgimento di altra attività lavorativa (in tal caso il rapporto di lavoro a tempo parziale non può superare il 50% dell'orario a tempo pieno e deve essere richiesta contestualmente l'autorizzazione allo svolgimento della stessa).

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci,

- di avere diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale ai sensi dell'art. 8 comma 3 del D.Lgs. n. 81/2015, **come risulta da certificazione allegata**
- di avere diritto, per una sola volta, in luogo del congedo parentale o entro i limiti del congedo ancora spettante ai sensi del Capo V del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto a tempo parziale, con una riduzione d'orario non superiore al 50%, ai sensi dell'art. 8 comma 7 del D.Lgs. n. 81/2015, **come risulta da certificazione allegata;**
- di avere diritto alla riduzione dell'orario di lavoro, con l'applicazione degli istituti normativi e retributivi previsti per il rapporto di lavoro a tempo parziale, limitatamente alla durata del progetto terapeutico di recupero, ai sensi dell'art. 53 del CCRL 01.08.2002, **come risulta da certificazione allegata**

di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza:

- di essere dipendente portatore di handicap o in particolari condizioni psico – fisiche, **come risulta da certificazione allegata/depositata nel fascicolo personale** (barrare la fattispecie che non si applica), ai sensi dell'art. 4 del CCRL 25.07.2001 e dell'art. 8 co. 3 del D. Lgs. n. 81/2015;
- di assistere i seguenti familiari (o parte di unione civile) portatori di handicap non inferiore al 70% o persone in particolari condizioni psico – fisiche o affette da gravi patologie o anziani non autosufficienti, **come risulta da certificazione allegata/depositata nel fascicolo personale** (barrare la fattispecie che non si applica), ai sensi dell'art. 4 del CCRL 25.07.2001; _____

- di essere genitore di n. ____ figli minori, ai sensi dell'art. 4 del CCRL 25.07.2001;
 (Specificare il nome del figlio minore) _____

- di avere il coniuge (o parte di unione civile o il convivente di fatto), i figli o i genitori affetti da patologie oncologiche o gravi patologie cronico – degenerative ingravescenti, **come risulta da certificazione allegata** (art. 8 comma 4 del Dlgs n. 81/2015);
 (Specificare il nome del familiare e rapporto di parentela) _____

- di assistere una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, **come risulta da certificazione allegata** (art. 8 comma 4 del Dlgs n. 81/2015);
 (Specificare il nome del convivente) _____

- di avere un figlio convivente di età non superiore a tredici anni o un figlio convivente portatore di handicap grave ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104 del 1992, **come risulta da certificazione allegata** (art. 8 comma 5 del Dlgs n. 81/2015);
(Specificare il nome del figlio convivente) _____
- inserimento nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere (art. 24 del D. Lgs. n. 80/2015), **come risulta da certificazione allegata**;
- l'impegno in attività di volontariato (art. 7 del D. Lgs. n. 165/2001), **come risulta da documentazione allegata**;
- Altro (specificare anche il riferimento normativo): _____

Si allega alla presente copia fotostatica - in carta semplice - di un documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 DPR 445/2000).

Data _____ Firma _____

PARERE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di Responsabile del Servizio Sociale dei Comuni

Vista la domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale del/della dipendente sig./sig.ra _____;

Vista la normativa sui rapporti di lavoro a tempo parziale;

Considerata la fascia di part time e l'articolazione oraria richiesta dal/dalla suddetto/a dipendente;

Considerate inoltre le esigenze personali e familiari del lavoratore/lavoratrice;

Valutata la possibilità di impiegare il dipendente in uffici e servizi del proprio Servizio compatibilmente con la qualifica, il profilo e i titoli di studio e professionali posseduti dallo stesso;

esprime il seguente parere:

- FAVOREVOLE in quanto la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale NON COMPORTA PREGIUDIZIO alla funzionalità dell'Amministrazione stessa, in relazione alle mansioni e alla posizione organizzativa ricoperta dal dipendente.
- CONTRARIO in quanto la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale COMPORTA PREGIUDIZIO, in relazione alle mansioni e alla posizione organizzativa ricoperta dal dipendente, alla funzionalità dell'Amministrazione stessa per i seguenti motivi:

Data _____ Firma _____