

**RICHIESTA TRASFORMAZIONE RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE
O VARIAZIONI PART-TIME**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ dipendente
dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio Osp. _____ con la qualifica
di _____ cat. _____ attualmente in servizio presso la
S.C. _____ Reparto/Ufficio _____ tel. int. _____

tel. personale _____ e-mail _____ con rapporto di lavoro a tempo pieno tempo parziale

al _____ %, chiede la **trasformazione/variazione del rapporto di lavoro a tempo parziale** con **decorrenza** dal
_1° _____ secondo la seguente tipologia di prestazione:

orizzontale verticale

- 30%** (10h e 48m settimanali) - con il seguente orario giornaliero _____
 50% (18h settimanali) - con il seguente orario giornaliero _____
 70% (25h e 12m settimanali) - con il seguente orario giornaliero _____
 83,33% (30h settimanali) - con il seguente orario giornaliero _____

N.B.: Nel debito orario non è contemplato il tempo impiegato per il consumo dei pasti (20 MINUTI) che è **SEMPRE** dovuto nel caso di impegno orario giornaliero superiore alle 6 ore.

CON LA SEGUENTE ARTICOLAZIONE: (specificare giorni – mesi – settimane di blocco nell'arco dell'anno)

Ai fini di cui sopra dichiara:

- Di aver diritto alla trasformazione**, in quanto:
- si trova nella condizione di cui all'art. 8, comma 3, del D.lgs. 15 giugno 2015, n. 81, come comprovato dalla documentazione allegata;
 - l'accesso al part-time è richiesto ai sensi dell'art. 8, comma 7, del D.lgs. 15 giugno 2015, n. 81, in luogo del congedo parentale ancora spettante,
- Di trovarsi nella/e condizione/i sotto indicata/e, conferente/i priorità nella trasformazione:**
- Dipendente il cui coniuge, figli o genitori siano affetti da patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative inaggravanti;
 - Dipendente che assiste una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa, con connotazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 104/1992), che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita;
 - Dipendente con figli conviventi di età non superiore a 13 anni;
 - Dipendente con figli conviventi in situazioni di handicap grave;
 - ALTRO (specificare il motivo e la fonte normativa che conferisce priorità): _____

Torino, _____

FIRMA _____

SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DI PART-TIME IN MISURA NON SUPERIORE AL 50%:

Dichiara:

- che la richiesta di accesso al regime part-time non è finalizzata all'esercizio di altra attività lavorativa (subordinata o autonoma);
- che intende esercitare la seguente attività lavorativa, **previa autorizzazione da parte dell'A.O.U.:**

(specificare in maniera dettagliata il tipo di attività che si intende svolgere)

in merito alla quale:

- precisa che verrà svolta in osservanza delle vigenti norme sull'incompatibilità;
- si impegna a comunicare all'A.O.U. entro 15 gg. l'inizio della stessa o l'eventuale variazione (al fine di conseguire in tal caso la conferma dell'autorizzazione già ottenuta).

Torino, _____

FIRMA _____

ALLEGATO 1

Si esprime parere **FAVOREVOLE**⁽¹⁾ alla trasformazione e si confermano la tipologia e gli orari indicati dal dipendente:

- Percentuale: _____ %
- Tipologia part-time: _____
- Orario giornaliero: _____
- Decorrenza: _____

In conformità alle indicazioni fornite dal Dipartimento per la Funzione Pubblica con Circolare n. 9/2011, le parti concordano che la situazione potrà essere riesaminata a partire dal _____ in considerazione delle esigenze di funzionamento dell'Amministrazione, delle esigenze personali del lavoratore in part-time e di quelle degli altri lavoratori che nel frattempo possono mutare fermi restando gli effetti previsti dalle norme di legge, del CCNL e del Regolamento Aziendale, vigenti in materia.

Allegare altresì il **modulo** – debitamente sottoscritto - **per la definizione dell'accordo** con il dipendente interessato, delle modalità di espletamento della prestazione lavorativa (impegno settimanale, mensile ed annuo, profilo orario)

Si esprime parere **NON FAVOREVOLE**⁽¹⁾ in quanto (specificare dettagliatamente le motivazioni del diniego) _____

(PERSONALE SANITARIO/TECNICO)

TIMBRO E FIRMA DEL COORDINATORE _____

TIMBRO E FIRMA DEL R.I.D. _____

TIMBRO E FIRMA DEL D.I.P.SA. _____

(PERSONALE AMMINISTRATIVO CHE SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA PRESSO I SERVIZI SANITARI)

TIMBRO E FIRMA DEL COORDINATORE/ R.A.D. _____

TIMBRO E FIRMA DEL D.A.P.O. _____

(PERSONALE AMMINISTRATIVO/TECNICO/PROFESSIONALE)

TIMBRO E FIRMA DEL COORDINATORE _____

TIMBRO E FIRMA DEL DIRETTORE DELLA S.C. _____

Data _____

(1) ai sensi dell'art 1, comma 58, della legge 23 dicembre 1996 n. 662 - così come modificato dall'art. 73 del D.L. 25 giugno 2008 n. 112, convertito nella L. 6 agosto 2008 n. 133 - l'Amministrazione ha facoltà di **accogliere la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro ovvero di negarla** nel caso in cui questa comporti pregiudizio alla funzionalità dell'Amministrazione stessa, in relazione alle mansioni e alla posizione organizzativa ricoperta dal dipendente.