

MODULO RICHIESTA PART-TIME/TEMPO PIENO

Al Direttore Generale
dell'Azienda U.L.S.S. n.2 Marca trevigiana
Via S. Ambrogio di Fiera, 37
31100 TREVISO

data _____

_____ l _____ sottoscritto/a _____

matricola _____ data di nascita _____ n° tel _____

Profilo professionale _____

in servizio presso l'U.O./Servizio _____

del Presidio Ospedaliero/Dipartimento/Distretto/Sede di _____

con rapporto di lavoro **orizzontale**
a tempo indeterminato **a tempo pieno** **a tempo parziale:** **verticale**

CHIEDE**LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**

<input type="checkbox"/> orizzontale	<input type="checkbox"/> 18 ore	<input type="checkbox"/> 24 ore	<input type="checkbox"/> 30 ore
<input type="checkbox"/> verticale			

LA VARIAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE

<input type="checkbox"/> da orizzontale a verticale	<input type="checkbox"/> da 18 a 24 ore	<input type="checkbox"/> da 24 a 18 ore	<input type="checkbox"/> da 30 a 18 ore
<input type="checkbox"/> da verticale a orizzontale	<input type="checkbox"/> da 30 a 24 ore	<input type="checkbox"/> da 18 a 30 ore	<input type="checkbox"/> da 24 a 30 ore

IL RIPRISTINO DEL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO

<input type="checkbox"/> da 18 a 36 ore	<input type="checkbox"/> da 24 a 36 ore	<input type="checkbox"/> da 30 a 36 ore
---	---	---

per i seguenti MOTIVI (Allegare documentazione probatoria):

gravi patologie del dipendente (invalidità, handicap, patologie acute o croniche) ()*

assistenza familiari in particolari condizioni psicofisiche o affetti da gravi patologie ()*

dipendente con figli conviventi portatori di handicap grave ()*

assistenza a familiari non autosufficienti ()*

dipendente con coniuge, figli, genitori o persona convivente alla quale è stata riconosciuta una invalidità pari al 100% ()*

dipendente celibe/nubile, vedovo/a, separato/divorziato con figli di età dai 7 ai 13 anni a carico senza conviventi (specificare n. dei figli ed età)

dipendente celibe/nubile, vedovo/a, separato/divorziato con figli di età compresa tra zero e 6 anni a carico senza conviventi (specificare n. dei figli ed età)

dipendente con figli minori di 13 anni (specificare n. dei figli ed età)

assistenza familiari portatori di handicap non inferiore al 70% ()*

dipendente con età uguale o superiore a 57 anni (secondo le modalità previste dall'art. 3, comma 4 del Regolamento Aziendale)

(*) - indicare il grado di parentela dell'assistito e l'eventuale convivenza

_____ (visto solo per presa visione Direttore U.O.)

_____ (firma del dipendente)

In caso di accoglimento dell'istanza, l'Azienda in relazione alle esigenze di piena funzionalità organizzativa dei servizi, dispone/definisce la tipologia del nuovo rapporto di lavoro a tempo parziale (come previsto dall'art. 5 co. 2 del Regolamento Aziendale dei Rapporti di lavoro part time, adottato con deliberazione n. 195 del 1° febbraio 2018) e pubblicato nell'Angolo Dipendente.