

Richiesta Part time / Full time – Comparto

Al Direttore dell'U.O. Risorse Umane
dell'A.O. FATEBENEFRAPELLI E OFTALMICO
Corso di Porta Nuova n. 23
20121 MILANO

Il/la sottoscritto/a matricola
codice fiscale
profilo professionale
in servizio presso la struttura CdC
tel. ufficio altri recapiti telefonici

CHIEDE

DI MODIFICARE IL PROPRIO RAPPORTO DI LAVORO

- DA TEMPO PARZIALE A TEMPO PIENO con decorrenza _____
- DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE
- RINNOVO PART TIME
- MODIFICA TIPOLOGIA PART TIME

con decorrenza: 1° settembre 1° gennaio 1° aprile altra, indicare quale: *..... ..
(* Per decorrenza diversa si chiede di allegare idonea documentazione, v. art. 8 del vigente Regolamento)

ORIZZONTALE

VERTICALE

50% 70% 80% % (**solo verticale)

(** Per percentuale inferiore al 50% e solo verticale si chiede di allegare idonea documentazione: v. art. 4 del vigente Regolamento)

Compilare unicamente per le richieste di trasformazione / modifiche / rinnovo di part time:

- ◆ Articolazione della prestazione lavorativa proposta:
(PT orizzontale indicare la fascia oraria - PT verticale indicare oltre alla fascia oraria anche i periodi di astensione):

.....

.....

Nel caso di part time al 50% il sottoscritto dichiara:

- di non voler svolgere attività di lavoro subordinato o autonomo;
- di voler svolgere attività di lavoro subordinato o autonomo (allegare l'apposita richiesta di autorizzazione e la relativa documentazione).

Si impegna a comunicare all'Azienda, entro quindici giorni dall'avvio, l'inizio di una nuova attività o la variazione dell'attività lavorativa sopra indicata.

Richiesta Part time / Full time – Comparto

Dichiara di essere consapevole che il rapporto di lavoro a tempo parziale comporta la rinuncia all'attività libero professionale intramuraria, comunque classificata, e alle prestazioni aggiuntive per tutta la durata del tempo parziale, nonché all'assegnazione di posizione organizzativa e delle funzioni di coordinamento.

1. Situazione familiare

a) figli conviventi n. (Indicare la data di nascita dei figli):

1) 2) 3) 4)

b) congiunti a carico e conviventi:

SI indicare il numero: ; NO

2. Situazione personale: (allegare copia conforme all'originale di documentazione in possesso)

a) l'interessato è affetto da patologie oncologiche e gravemente invalidanti:

SI NO

b) assistenza a figlio convivente di età non superiore a (13) tredici ai sensi dell'art. 12 bis , comma 3, della Legge 247/07 e s.m.i.:

SI, indicare il numero: ; NO

c) assistenza a figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 Legge 104/92 e s.m.i.:

SI, indicare il numero: ; NO

c) assistenza a coniuge, figli o genitori affetti da patologie oncologiche

SI, indicare il numero: ; NO

d) assistenza a persone conviventi con totale e permanente inabilità lavorativa ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92 e s.m.i.

SI, indicare il numero: ; NO

Data

Firma del dipendente

Sezione da compilarsi a cura del Dirigente responsabile e/o coordinatore/responsabile/sovraordinato del servizio/ufficio di appartenenza (nel caso di comparto sanitario si intende il SITRA o le Direzioni per competenza)

PARERE FAVOREVOLE

PARERE FAVOREVOLE ma condizionato all'accettazione della seguente diversa articolazione oraria / tipologia di tempo parziale / decorrenza / durata:

.....
.....

PARERE NEGATIVO, indicare la motivazione.....

.....

Data.....

Firma.....

Al Direttore dell'U.O. Risorse Umane
dell'A.O. FATEBENEFRADELLI E OFTALMICO
Corso di Porta Nuova n. 23
20121 MILANO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 19 e 47 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a matricola
codice fiscale
profilo professionale
in servizio presso la struttura..... CdC.....
tel. ufficio.....altri recapiti telefonici.....

consapevole delle sanzioni penali così come stabilito dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,
nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la mia responsabilità,

DICHIARO

- di essere nato/a a(prov.). il

- che i seguenti documenti allegati in copia alla presente dichiarazione sono conformi all'originale in mio possesso:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Luogo e data _____

Firma _____ (non autenticata)

Allegare fotocopia non autenticata di un documento di
identità in corso di validità (fronte/retro)



Al Direttore dell'U.O. Risorse Umane
dell'A.O. FATEBENEFRAELLI E OFTALMICO
Corso di Porta Nuova n. 23
20121 MILANO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Artt. 46 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritt _____
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali così come stabilito dall'articolo 76 del
D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere nato/a a(prov.). il
- di essere residente in(prov.), via
- n., CAP
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

.....
.....
.....
.....

Luogo e data _____ Firma _____ (non autenticata)

Allegare fotocopia non autenticata di un documento di
identità in corso di validità (fronte/retro)

