

Sezione domanda

Il/La sottoscritt
(Cognome) (Nome)
Nat Il (gg/mm/aaaa) a (Comune)
Provincia
Codice fiscale Sesso M F
Residente in (Via/Corso)
(Comune) (Provincia)
Telefono abitazione Telefono cellulare
Indirizzo mail
Dipendente a tempo indeterminato presso questa Azienda con il profilo professionale di

presso la S.C./S.S.D./S.S.
con sede di lavoro in

CHIEDE

di partecipare all'Avviso per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale a n.
posti per il profilo di
con **scadenza in data** , con la seguente percentuale della prestazione lavorativa (*barrare una scelta*):

- 50% del tempo pieno (pari a 18 ore settimanali)
- 60% del tempo pieno (pari a 21 ore 36 minuti settimanali)
- 70% del tempo pieno (pari a 25 ore 12 minuti settimanali)
- 83,33% del tempo pieno (pari a 30 ore settimanali)

e la seguente tipologia di tempo parziale (*barrare una scelta*)

- ORIZZONTALE
- VERTICALE (alcuni giorni della settimana):
 - su 2 giorni settimanali
 - su 3 giorni settimanali
 - su 4 giorni settimanali
- MISTO Su alcuni mesi dell'anno (indicare quali):

Propone, altresì, la seguente articolazione oraria:

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445,

DICHIARA

1. di trovarsi nei seguenti casi di priorità:

- presenza di patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti riguardanti il coniuge, i figli o i genitori del lavoratore (D.Lgs. 81/2015, art. 8, co. 4) **(allegare certificato medico attestante la presenza di patologia e autocertificazione stato di famiglia);**
- assistenza di una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (D.Lgs. 81/2015, art. 8, co. 4) **(allegare verbale L.104/92 e autocertificazione stato di famiglia e residenza);**
- assistenza di figlio convivente di età non superiore a tredici anni o di figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992 (D.Lgs. 81/2015, art. 8, co. 5) **(allegare verbale L.104/92 e autocertificazione stato di famiglia e residenza);**
- portatore di handicap o in particolari condizioni psicofisiche (CCNL art. 60, co. 8) **(allegare verbale L.104/92);**
- rientro dal congedo di maternità o paternità (CCNL art. 60, co. 8);
- necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione di lavoro a tempo pieno (CCNL art. 60, co. 8) **(allegare certificato medico);**
- necessità di assistere i genitori, il coniuge o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi, senza possibilità alternativa di assistenza, che accedano a programmi terapeutici e/o riabilitativi per tossicodipendenza (CCNL art. 60, co. 8) **(allegare certificato che attesti l'inserimento del genitore, del coniuge o del convivente, del figlio e degli altri familiari conviventi nel programma terapeutico e/o riabilitativo e autocertificazione stato di famiglia e residenza);**
- situazione di genitore con figli minori, in relazione al loro numero (CCNL art. 60, co. 8) **(allegare autocertificazione stato di famiglia);**

2. di aver superato i 60 anni di età;

3. di aver intenzione di espletare altra attività compatibile con il rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (in tale ipotesi la percentuale della prestazione lavorativa a tempo parziale non può superare il 50% di quella a tempo pieno) come di seguito descritto:

4. di non aver intenzione di espletare altra attività lavorativa;

5. ulteriori motivazioni personali:

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13, comma 1, del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e s.m.i., si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione che potranno essere trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

(firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELLA RESIDENZA E DELLO STATO DI FAMIGLIA

(art. 46 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;

DICHIARA

di essere residente nel comune di in provincia

in via n. Cap. dal

che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13, comma 1, del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e s.m.i., si autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità di gestione dell'avviso e gli stessi potranno essere trattati successivamente per tutti gli aspetti contabili amministrativi relativi alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

(luogo e data)

(firma)