



ASL
CITTÀ DI TORINO

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino

☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

Data scadenza bando: 05/12/2023

**AVVISO INTERNO PER LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO
A TEMPO PARZIALE DEL PERSONALE DEL COMPARTO – ANNO 2024**

La procedura e la modalità per la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale sono disciplinate dal "Regolamento sul rapporto di lavoro a tempo parziale del Personale del Comparto" approvato con deliberazione n. 1455.02.02.2023 del 13.11.2023

In esecuzione della suddetta deliberazione, è indetto un Avviso al personale del Comparto a cui possono partecipare i dipendenti interessati alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

I posti, suddivisi per profilo, oggetto di trasformazione dei rapporti di lavoro, sono stati definiti dall'Amministrazione con il supporto della S.C. Di.P.Sa. per i profili di rispettiva competenza, tenuto conto della funzionalità dei servizi, nell'ambito del contingente determinato ai sensi dell'art. 73, co. 2, CCNL del 2.11.2022.

Profilo	N.
Infermiere	11
Infermiere pediatrico	1
Infermiere senior	1
Infermiere generico senior	1
Operatore Socio Sanitario	1
Ausiliario Specializzato	1
Fisioterapista	1
Logopedista	1
Fisioterapista senior	1
Tecn. prev. amb. luoghi lavoro	3
Dietista	1
Tecnico audiometrista	1
Tecnico sanitario di laboratorio medico senior	1
Tecnico sanitario di radiologia medica senior	1
Assistente Amministrativo	8
Coadiutore Amministrativo senior	2
Coadiutore Amministrativo	4
Collaboratore Amministrativo Professionale	2
Assistente Sociale	1
totale	43

➤ REQUISITI DI AMMISSIONE

Possono partecipare all'Avviso i dipendenti che si trovano in una delle seguenti situazioni:

- dipendenti assunti a tempo indeterminato, dopo il superamento del periodo di prova e con un'anzianità di servizio di un anno in Azienda, appartenenti ai profili oggetto di Avviso;
- sono esclusi i dipendenti titolari di incarichi il cui valore economico sia definito in misura superiore a € 3.000, fatta salva la rinuncia alla posizione stessa, ai sensi dell'art. 31 CCNL vigente. Si fa inoltre rinvio al Regolamento aziendale in materia di incarichi;
- sono altresì esclusi i titolari di contratti a tempo parziale in scadenza al 31.12.2023 il cui contratto a tempo parziale è stato costituito, a seguito dell'Avviso anno 2022 per il biennio 2022-2023 che hanno richiesto o che intendono richiedere il rinnovo per anni uno (dal 01.01.2024 al 31.12.2024).

➤ CRITERI DI SELEZIONE

In applicazione dell'art. 10 del Regolamento aziendale, i titoli di priorità per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale e i relativi punteggi sono:

N.	TITOLI PERSONALI E/O FAMILIARI:	PUNTEGGIO	DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA
1	Dipendente il cui coniuge ovvero la parte dell'unione civile nonché il convivente di fatto di cui alla L. n. 76/2016, figlio ¹ o genitori siano affetti da patologie oncologiche o da gravi patologie cronicodegenerative ingravescenti. <i>(D.Lgs. 81/2015 e s.m.i. art. 8 co. 4 e CCNL art. 73, co. 8, lett. a)</i>	20 punti per ogni familiare che possiede il requisito	<ul style="list-style-type: none">• certificazione medica di struttura pubblica;• dichiarazione sostitutiva allegato 1)
2	Dipendente che assiste persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. n. 104/92, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. <i>(D.Lgs. 81/2015 e s.m.i. art. 8 co. 4 e CCNL art. 73, co. 8, lett. a)</i>	20 punti per ogni familiare che possiede il requisito	<ul style="list-style-type: none">• copia verbale L. 104/92 in condizione di gravità di persona convivente;• verbale di invalidità civile attestante la necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita;• dichiarazione sostitutiva allegato 1);• dichiarazione sostitutiva allegato 2)
3	Dipendente con figlio convivente ¹ portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/92 <i>(D.Lgs. 81/2015 e s.m.i. art. 8 co. 5 e CCNL art. 73, co. 8, lett. a)</i>	20 punti per figlio	<ul style="list-style-type: none">• copia verbale L. 104/92;• dichiarazione sostitutiva allegato 2)
4	Dipendente con figli conviventi ¹ di età non superiore ai 13 anni. <i>(D.Lgs. 81/2015 e s.m.i. art. 8 co. 5 e CCNL art. 73, co. 8, lett. a)</i>	20 punti per figlio	<ul style="list-style-type: none">• dichiarazione sostitutiva allegato 2)

5	Dipendente portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/92 o in particolari condizioni psicofisiche. (CCNL art. 73, co. 8, lett. b)	15	In relazione alla casistica allegare: <ul style="list-style-type: none"> • copia verbale L. 104/92 • certificazione medica di struttura pubblica;
6	Dipendente che rientra dal congedo di maternità o paternità. (CCNL art. 73, co. 8, lett. c)	10	
7	Dipendente che necessita di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione a tempo pieno. (CCNL art. 73, co. 8, lett. d)	8	<ul style="list-style-type: none"> • Certificazione medica che comprovi la necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con il tempo pieno
8	Dipendente che necessita di assistere i genitori, il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente, i figli e altri familiari conviventi, senza la possibilità alternativa di assistenza, che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendente. (CCNL art. 73, co. 8, lett. e)	5	<ul style="list-style-type: none"> • certificazione medica comprovante programma terapeutico/riabilitazione. • dichiarazione sostitutiva allegato 1) • dichiarazione sostitutiva allegato 2)
9	Genitore con figli minori ¹ da 13 a 17 anni compiuti in relazione al loro numero. (CCNL art. 73, co. 8, lett. f)	1 figlio = 1 punto; da 2 a 3 figli = 2 punti; più di 3 figli = 3 punti.	<ul style="list-style-type: none"> • dichiarazione sostitutiva allegato 2)
10	Dipendente con almeno 60 anni di età.	2	
11	Dipendente che intende svolgere un'altra attività compatibile con il rapporto di lavoro subordinato con l'Azienda Asl Città di Torino (in tale ipotesi la percentuale della prestazione lavorativa a tempo parziale non può superare il 50% di quella a tempo pieno).	1,5	<ul style="list-style-type: none"> • Relazione circoscritta sull'attività lavorativa che si intende svolgere.
12	Altre motivazioni non rientranti nelle casistiche precedenti.	0	

1. In caso di **genitore unico** il dipendente dovrà compilare in aggiunta la dichiarazione sostitutiva allegato 1.

➤ PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di ammissione dovranno essere **esclusivamente prodotte mediante** procedura telematica, pena esclusione con le modalità di seguito descritte, entro il **termine perentorio del 05.12.2023**. Dopo tale termine il richiedente non potrà più apportare modifiche e/o integrazioni, né inviare la domanda.

Per procedere alla compilazione della domanda, il richiedente deve accedere con il proprio profilo da Dipendente alla piattaforma **IRISWEB**, compilando la **SCHEDA INFORMATIVA** dedicata.

Al presente avviso vengono allegati le istruzioni per la compilazione della scheda informativa e per l'inserimento degli allegati.

L'accesso alla piattaforma IRISWEB potrà avvenire:

- dalle postazioni aziendali, tramite l'Intranet Aziendale **24 ore su 24, 7 giorni su 7**.
- accedendo al sito <https://personale.aslcittaditorino.it/irisweb> dal **lunedì al venerdì dalle ore 7:00 alle ore 20:00** da qualsiasi postazione collegata alla rete internet;

Le domande potranno essere inoltrate:

- sino alle ore 23:59:59 del giorno di scadenza dalle postazioni aziendali.
- sino alle ore 20:00 del giorno di scadenza da altra postazione collegata alla rete internet;

IMPORTANTE

Terminata la compilazione nel caso di domanda:

- **senza allegati** selezionare l'opzione stato "**DEFINITIVA**";
- **con allegati**, procedere al caricamento degli stessi, controllare che il pulsante degli allegati da rosso sia diventato VERDE e successivamente procedere con la conferma di invio, in stato "**DEFINITIVA**".

Non verranno tenute in considerazione domande in stato "PREVENTIVA".

Il sistema non rilascia ricevute o messaggi di conferma: per ricontrollare il proprio invio, nella stessa schermata di compilazione della scheda informativa, cliccare sulla voce "tutte" nel riquadro "Filtro richieste" e cliccare sul tasto "Filtra".

➤ DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA ON-LINE

I Dipendenti devono allegare alla domanda on-line, **pena esclusione**, idonea documentazione a supporto delle situazioni che hanno selezionato nella compilazione della domanda sulla piattaforma IRISWEB, con riguardo agli allegati indicati nella **sezione "criteri di selezione"**, tenendo presente che non saranno accettati ulteriori documenti oltre il termine di scadenza dell'Avviso.

Di seguito si riporta un riepilogo dei documenti da allegare necessariamente in base al titolo selezionato:

TITOLO 1 – allegare certificazione medica di struttura pubblica; dichiarazione sostitutiva allegato 1).

TITOLO 2 - copia verbale L. 104/92 in condizione di gravità di persona convivente; verbale di invalidità civile attestante la necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita; dichiarazione sostitutiva allegato 1); dichiarazione sostitutiva allegato 2).

TITOLO 3 - copia verbale L. 104/92; dichiarazione sostitutiva allegato 2).

TITOLO 4 - dichiarazione sostitutiva allegato 2).

TITOLO 5 - copia verbale L. 104/92; o certificazione medica di struttura pubblica;

TITOLO 7 - certificazione medica che comprovi la necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con il tempo pieno.

TITOLO 8 - certificazione medica comprovante programma terapeutico/riabilitazione; dichiarazione sostitutiva allegato 1); dichiarazione sostitutiva allegato 2).

TITOLO 9 - dichiarazione sostitutiva allegato 2).

TITOLO 11 - Relazione circoscritta sull'attività lavorativa che si intende svolgere.

In caso di **genitore unico** il dipendente dovrà compilare in aggiunta la dichiarazione sostitutiva allegato 1.

Al presente avviso sono allegati 3 modelli di dichiarazione sostitutiva da utilizzare a seconda del titolo selezionato.

Per ciò che riguarda la documentazione sanitaria, ad esclusione delle documentazioni certificanti stati irreversibili, le rimanenti documentazioni dovranno riportare una data non anteriore ai 9 mesi rispetto al termine di scadenza dell'Avviso, rilasciata da struttura pubblica, ovvero recare prescrizioni ancora in

corso di validità. Nel caso di documentazione già in possesso della S.S. Amministrazione del Personale, i requisiti possono essere autocertificati utilizzando la dichiarazione sostitutiva allegato n. 1.

IMPORTANTE

Tutti i documenti dovranno essere in un **unico file e in formato PDF** con una **dimensione massima di 1 MB**.

➤ **VALUTAZIONE DELLE DOMANDE E FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA**

Tutti i requisiti di ammissione e i titoli di priorità devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione delle domande.

Per la formazione della graduatoria, a parità di punteggio tra più dipendenti:

- nel caso in cui requisito posseduto sia soltanto quello riguardante i figli conviventi (titolo n. 3, 4 e 9 della tabella art. 10), la precedenza viene accordata al Dipendente che ha un figlio con data di nascita più recente. Ai fini del computo dell'età del figlio, verrà considerata la data di scadenza dell'avviso. In caso di ulteriore parità, ha diritto alla trasformazione del posto il Dipendente che non ha ancora fruito della trasformazione stessa;
- negli altri casi, a parità di punteggio, ha precedenza il richiedente con maggiore anzianità di servizio svolta presso l'Azienda e solo in caso di ulteriore parità, il Dipendente con maggiore età anagrafica.

Qualora ricorra la situazione di "**genitore unico**" i punteggi verranno raddoppiati. La condizione di "genitore unico" si ritiene soddisfatta nelle seguenti situazioni: morte dell'altro genitore; abbandono del figlio da parte dell'altro genitore, risultante da provvedimento formale dell'autorità giudiziaria; affidamento esclusivo del figlio ad un solo genitore risultante da provvedimento formale dell'autorità giudiziaria; grave infermità, anche temporanea, dell'altro genitore, comprovata da documentazione medico legale; mancato riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore.

Il rientro dal congedo di maternità o paternità di cui all'art. 10, titolo n. 6) deve avvenire nell'anno di pubblicazione dell'Avviso.

Nel caso in cui il Dipendente dichiari più titoli di priorità verranno cumulati i relativi punteggi, ad eccezione della condizione dal titolo n. 1 al titolo n. 4 se riferiti al medesimo soggetti.

I titoli di priorità sono valutati d'ufficio dalla S.S. Amministrazione del Personale; la valutazione della rispondenza della documentazione prodotta dai dipendenti con le situazioni di priorità relative a stati di salute avrà luogo con il supporto di un Medico della S.C. Medicina Legale.

➤ **PUBBLICAZIONE DELLA GRADUATORIA**

Scaduto l'Avviso, l'Azienda procede a formulare specifica graduatoria, con valenza annuale, che viene pubblicata nella Intranet Aziendale - percorso: Uff. Amministrativi/Staff - S.S. Amministrazione del Personale - Settore Giuridico - Avviso tempo parziale personale comparto anno 2024 (<http://inasl.ssn.local/index.php>);

➤ **TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO: AUTORIZZAZIONE/DINIEGO**

Formulata la graduatoria, la S.S. Amministrazione del Personale acquisisce il parere del Direttore/Responsabile della Struttura interessata o del Direttore/Dirigente Responsabile Di.P.Sa. che può:

- a) confermare la percentuale della prestazione lavorativa, la tipologia e gli orari proposti dal dipendente se questi sono compatibili con l'organizzazione dei servizi;
- b) esprimere parere favorevole alla trasformazione del rapporto di lavoro, ma con diversa percentuale della prestazione lavorativa o tipologia o diverso orario di lavoro; in tal caso, se il dipendente interessato è disponibile, si concorda la trasformazione;
- c) nell'ambito del personale che afferisce alla S.C. Di.P.Sa. o al Servizio Sociale Aziendale dichiarare

l'impossibilità di autorizzare all'interno della Struttura la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale e proporre la collocazione presso altra Struttura e/o sede di assegnazione. Il rifiuto della diversa collocazione funzionale comporta la rinuncia al tempo parziale da parte del dipendente;

- d) negare motivatamente la trasformazione, qualora le modalità di esecuzione della prestazione lavorativa richieste dal dipendente non risultino compatibili con l'organizzazione del Servizio, neanche attraverso processi di trasferimento interno o che comportino "pregiudizio alla funzionalità dell'Amministrazione stessa", come disposto dalla L. 662/1996 e s.m.i., art. 1, co. 58; il diniego, con le relative motivazioni, è comunicato al Dipendente dalla S.S. Amministrazione del Personale.

In caso di parere positivo alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, la S.S. Amministrazione del Personale adotta la determina di autorizzazione alla trasformazione del rapporto di lavoro e si procede alla stipula del relativo contratto di lavoro.

➤ **DECORRENZA DEL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE**

La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale ha luogo con decorrenza 1° gennaio 2024, con durata pari ad anni due.

Qualora il dipendente, senza giustificato motivo, non sottoscriva il contratto di lavoro a tempo parziale entro la data di decorrenza fissata, lo stesso si intende rinunciatario.

➤ **DISPOSIZIONI FINALI**

Il trattamento dei dati personali è disciplinato dal G.D.P.R. 679/2016 "Regolamento Europeo in materia dei Dati Personali" e gli stessi saranno raccolti presso la competente struttura di questa Azienda per le finalità di gestione dell'avviso per la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Le dichiarazioni effettuate dal dipendente con la domanda, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sono rese sotto la sua responsabilità, nella consapevolezza delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445.

L'Azienda si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere, annullare o revocare il presente Avviso per eventuali motivate ragioni.

Per informazioni rivolgersi al Settore Giuridico nei giorni feriali: tel. 011566.2096-2135-2442.

Allegati:

- istruzioni per la compilazione della scheda informativa e per l'inserimento degli allegati – pagg. 2
- dichiarazione sostitutiva allegato 1) - Titoli di priorità – pagg. 2
- dichiarazione sostitutiva allegato 2) - Dichiarazione residenza e stato di famiglia – pag. 1
- dichiarazione sostitutiva allegato 3) - Dichiarazione stato civile – pag. 1

IL DIRETTORE

S.C. Politiche del Personale, Relazioni Sindacale
e Gestione Strategica Risorse Umane
Dott.ssa **Donatella PAGLIASSOTTO**

ISTRUZIONI PER LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO INTERNO PER LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE DEL PERSONALE DEL COMPARTO – ANNO 2024

L'interessato deve accedere con il proprio profilo alla piattaforma **IRISWEB** per compilare la **SCHEDA INFORMATIVA** dedicata.

-Per accedere alla sezione specifica, selezionare **“PUNTO INFORMATIVO> COMPILAZIONE SCHEDA INFORMATIVA”**.

-All'interno della schermata successiva, cliccare sul pulsante di inserimento per creare una nuova scheda.



-Selezionare nel menù a tendina **“Modello scheda informativa”** la Scheda con il nome **RICH_TPARZ**.



COMPILAZIONE MODULO:

I campi relativi all'**UNITA' OPERATIVA** e al **PROFILO** sono compilati in automatico da IRISWeb. Inserire manualmente, invece, il **NUMERO DI TELEFONO** e l'**INDIRIZZO E-MAIL** nei campi predisposti. Compilare il resto del modulo spuntando le opzioni desiderate riguardo:

- La percentuale della prestazione lavorativa a tempo parziale (*una sola scelta*);
- La tipologia di tempo parziale (*una sola scelta*), riportando l'articolazione oraria;
- I titoli di priorità (*sono possibili più scelte*);
- L'intenzione eventuale di svolgere un'altra attività lavorativa (*da barrare obbligatoriamente*);
- La dichiarazione finale (*in presenza dell'indicazione dei titoli 1, 2, 3, 5, 7, 8, da barrare obbligatoriamente*).

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO INTERNO PER LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE DEL PERSONALE DEL COMPARTO - ANNO 2024

MODULO DI RICHIESTA

Il/la sottoscritto/a:

(*) in servizio presso la struttura:

(*) con il profilo di:

Inserire numero di telefono:

Inserire indirizzo e-mail:

CHIEDE

di partecipare all'Avviso per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente percentuale della prestazione lavorativa (barrare una sola scelta):

40% del tempo pieno (pari a 14 ore 24 minuti settimanali) solo con tipologia verticale su 2 giorni

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)

90% del tempo pieno (pari a 32 ore 34 minuti settimanali) solo con tipologia orizzontale

e con la seguente tipologia di tempo parziale (barrare una sola scelta):

ORIZZONTALE

VERTICALE (indicare su quanti giorni)

MISTO Su alcuni mesi dell'anno (indicare quali)

Propone, altresì, la seguente articolazione oraria:

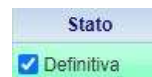
DICHIARA

di trovarsi nei seguenti casi di priorità:

Al termine della compilazione, in base alle spunte apposte nella sezione dei titoli e da quanto indicato nell'Avviso, occorrerà caricare la documentazione giustificativa, oppure terminare la procedura senza alcun caricamento. Nello specifico:

1. PROCEDURA SENZA ALLEGATI

-SE SI E' SELEZIONATO ALMENO UNO TRA I TITOLI 6, 10, 12: La procedura può essere terminata senza caricare alcun documento. Dall'interno della scheda informativa, selezionare l'opzione **"Definitiva"** per rendere, appunto, la scheda definitiva.



Infine, chiudere l'attività cliccando sulla spunta verde di conferma.



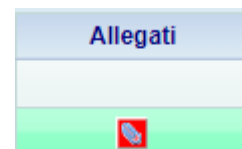
2. PROCEDURA CON ALLEGATI

-SE SI E' SELEZIONATO ALMENO UNO TRA I TITOLI 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11: Questi titoli richiedono il caricamento della documentazione specifica.

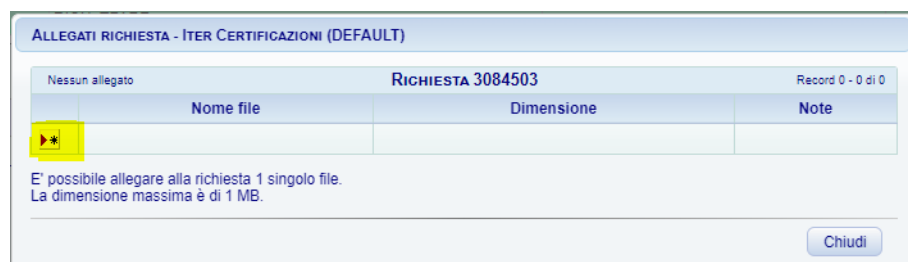
Dall'interno della scheda informativa, selezionare la spunta verde di conferma per chiudere la parte della compilazione e passare alla parte del caricamento degli allegati.



In questo modo, la scheda viene chiusa e posta nello stato di **"Preventiva"** in attesa degli allegati. Sulla parte destra della stessa schermata si troverà la sezione degli Allegati con un riquadro rosso riportante la mancanza della documentazione. Per caricarla, cliccare sul pulsante rosso della sezione per entrare nel menù specifico.



All'interno, cliccare il tasto **"Nuovo"** (vedi immagine) per iniziare la procedura di caricamento.




Cliccare il tasto "Sfogliala..." per poter sfogliare le cartelle del proprio PC ed importare i file pdf da inserire.

IMPORTANTE:

i file vanno inseriti in un **unico file formato pdf** e la loro dimensione **NON PUO' ESSERE SUPERIORE AD 1 MB.**



Inserito il file, cliccare sulla spunta verde per la conferma; il programma richiederà di apporre un'ulteriore spunta alla dichiarazione di conformità dei documenti inseriti. Al termine, cliccare **"Chiudi"** nella parte bassa della finestra. Si potrà notare che il pulsante all'interno della sezione degli Allegati, in presenza del file inserito, sarà di **colore verde.**

Per chiudere definitivamente la compilazione, rientrare nella scheda informativa tramite il tasto di **Modifica** () e rendere definitiva la scheda selezionando, appunto, l'opzione di stato **"Definitiva"**.

Cliccare, infine, la spunta verde di conferma per chiudere la schermata di compilazione.



NB. Il sistema non rilascia ricevute o messaggi di conferma: per ricontrollare il proprio invio, nella stessa schermata di compilazione della scheda informativa, cliccare sulla voce "tutte" nel riquadro "Filtro richieste" e cliccare sul tasto "Filtra".

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DELL'AVVISO DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE

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

Il/la sottoscritto/a _____ (Matr. n. _____),

in riferimento alla richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;

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

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

i seguenti ulteriori elementi, secondo quanto previsto dall'Avviso per la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale, rispetto alle situazioni personali/familiari già dichiarate nel modulo informatico:

Titolo N.	TITOLI PERSONALI E/O FAMILIARI	NOTE									
1 <input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> che il coniuge ovvero la parte dell'unione civile nonché il convivente di fatto di cui alla L. n. 76/2016, figli o genitore sono affetti da patologie oncologiche o gravi patologie cronicodegenerative ingravescenti: <i>Compilare il riquadro e allegare documentazione comprovante la suddetta situazione</i></p> <table border="1" data-bbox="301 1169 1158 1379"> <thead> <tr> <th data-bbox="301 1169 604 1243">Cognome e nome assistito</th> <th data-bbox="604 1169 874 1243">Data di nascita</th> <th data-bbox="874 1169 1158 1243">Relazione di parentela</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="301 1243 604 1317">_____</td> <td data-bbox="604 1243 874 1317">_____</td> <td data-bbox="874 1243 1158 1317">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="301 1317 604 1379">_____</td> <td data-bbox="604 1317 874 1379">_____</td> <td data-bbox="874 1317 1158 1379">_____</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome e nome assistito	Data di nascita	Relazione di parentela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p>Allegare: certificazione medica di struttura pubblica; dichiarazione sostitutiva allegato 1) e in base alla parentela: dichiarazione sostitutiva allegato 2) dichiarazione sostitutiva allegato 3)</p>
Cognome e nome assistito	Data di nascita	Relazione di parentela									
_____	_____	_____									
_____	_____	_____									
2 <input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> di prestare assistenza a persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, di seguito indicata: <i>Compilare il riquadro e allegare documentazione comprovante la suddetta situazione</i></p> <table border="1" data-bbox="301 1704 1158 1915"> <thead> <tr> <th data-bbox="301 1704 604 1778">Cognome e nome assistito</th> <th data-bbox="604 1704 874 1778">Data di nascita</th> <th data-bbox="874 1704 1158 1778">Relazione di parentela</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="301 1778 604 1852">_____</td> <td data-bbox="604 1778 874 1852">_____</td> <td data-bbox="874 1778 1158 1852">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="301 1852 604 1915">_____</td> <td data-bbox="604 1852 874 1915">_____</td> <td data-bbox="874 1852 1158 1915">_____</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome e nome assistito	Data di nascita	Relazione di parentela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p>Allegare: copia verbale L. 104/92 in condizione di gravità di persona convivente; verbale di invalidità civile attestante la necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita; dichiarazione sostitutiva allegato 1); dichiarazione sostitutiva allegato 2)</p>
Cognome e nome assistito	Data di nascita	Relazione di parentela									
_____	_____	_____									
_____	_____	_____									

<p>8 <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> necessità di assistere i genitori, il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi, senza possibilità alternativa di assistenza, che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendenti</p> <table border="1" data-bbox="295 398 1149 609"> <thead> <tr> <th data-bbox="295 398 598 470">Cognome e nome assistito</th> <th data-bbox="598 398 869 470">Data di nascita</th> <th data-bbox="869 398 1149 470">Relazione di parentela</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="295 470 598 526">_____</td> <td data-bbox="598 470 869 526">_____</td> <td data-bbox="869 470 1149 526">_____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="295 526 598 582">_____</td> <td data-bbox="598 526 869 582">_____</td> <td data-bbox="869 526 1149 582">_____</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome e nome assistito	Data di nascita	Relazione di parentela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p>Allegare relativa certificazione comprovante programma terapeutico/riabilitazione tossicodipendenti</p> <p>Compilare anche allegato 2 "stato di famiglia"</p>
Cognome e nome assistito	Data di nascita	Relazione di parentela									
_____	_____	_____									
_____	_____	_____									
<p>del titolo indicato n. 1-3-4-9 <input type="checkbox"/></p>	<p>di essere genitore unico, in quanto la condizione è definita da:</p> <p><input type="checkbox"/> morte dell'altro genitore;</p> <p><input type="checkbox"/> abbandono del figlio da parte dell'altro genitore, risultante da provvedimento formale dell'autorità giudiziaria;</p> <p><input type="checkbox"/> affidamento esclusivo del figlio ad un solo genitore risultante da provvedimento formale dell'autorità giudiziaria;</p> <p><input type="checkbox"/> grave infermità, anche temporanea, dell'altro genitore, comprovata da documentazione medico legale;</p> <p><input type="checkbox"/> mancato riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore.</p>	<p>Allegare relativa certificazione comprovante la condizione indicata.</p>									
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Che la seguente documentazione sanitaria è già in possesso della S.S. Amministrazione del Personale:</p> <p>❖ Per il titolo (indicare a quale si riferisce) _____;</p> <p>tipo certificato _____</p> <p>_____;</p> <p>rilasciato il ___/___/____; rilasciato da _____</p> <p>_____</p> <p>❖ Per il titolo (indicare a quale si riferisce) _____;</p> <p>tipo certificato _____</p> <p>_____;</p> <p>rilasciato il ___/___/____; rilasciato da _____</p> <p>_____</p>										

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, anche con strumenti informatici, per le finalità di gestione esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegare copia di un documento di identità in corso di validità.

_____ (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, anche con strumenti informatici, per le finalità di gestione esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegare copia di un documento di identità in corso di validità.

(luogo e data)

(firma)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
STATO CIVILE**

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
di essere residente nel comune di _____ in provincia _____
in via _____ n. _____ Cap. _____ dal _____

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

Coniugato/a con _____ dal _____
Cognome Nome

Unito civilmente con _____ dal _____
Cognome Nome

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, anche con strumenti informatici, per le finalità di gestione esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegare copia di un documento di identità in corso di validità.

(luogo e data)

(firma)