



Al Direttore SUMAGP Sede Imola

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____
nato/a a _____ il _____, residente a _____
in via _____, dipendente di questa Azienda nel profilo di _____
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tempo parziale/tempo pieno.

PREMESSO che

sono COMPATIBILI con il rapporto di lavoro a tempo parziale:

- per il personale appartenente all'area dei professionisti della salute e dei funzionari, solo gli incarichi di funzione professionale di base.
- per il personale appartenente all'area degli assistenti e degli operatori, tutti gli incarichi di funzione professionale, purché il valore economico dell'incarico non sia definito in misura superiore a € 3.000. In tali casi il valore economico dell'incarico è rideterminato in proporzione alla durata della prestazione lavorativa. (Art 31 comma 3 CCNL 2019-2021)

☐ VISTO QUANTO SOPRA INDICATO DICHIARO DI ESSERE TITOLARE DI INCARICO DI FUNZIONE **DIVERSO** DALLE TIPOLOGIE SOPRA INDICATE E PERTANTO DI RINUNCIARE ALLO STESSO NEL CASO DI TRASFORMAZIONE DEL CONTRATTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE

CHIEDE

ai sensi dell'art.7 comma 1 del Regolamento per l'applicazione del rapporto di lavoro a tempo parziale per il personale dipendente appartenente all'area del comparto di cui alla deliberazione n. 259 del 14.12.2018, mantenimento del/il passaggio al rapporto di lavoro a tempo parziale così specificato:

durata di (ore settimanali) _____

articolazione su _____ giorni settimanali

nei giorni _____

con orario giornaliero _____

Al tal fine allega documentazione relativa alla condizione specifica

Imola, _____

Firma

Al direttore _____ per definizione o conferma dell'articolazione oraria.

Il competente Direttore/Responsabile
