Avviso per l'assegnazione di posizioni a tempo parziale – Personale Comparto Di.Pro.Sa. e Area Tecnico Amministrativa

Al Direttore SUMAGP
Sede Imola

Il sottoscritto _____matr. n._____,
nato/a_____ il_____,dipendente di questa Azienda con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso l'U.O._____ nel profilo di _____ con rapporto di lavoro

- ✓ A tempo pieno
- ✓ A tempo parziale

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 qualora il valore economico di tali incarichi sia definito in misura non superiore a € 5.000; in tali casi il valore economico dell'incarico è rideterminato in proporzione alla durata della prestazione lavorativa (Art 22 comma 3 CCNL 2022-2024)

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

CHIEDE

di partecipare all'avviso con scadenza in data **01/12/2026 ore 12,00**, per l'assegnazione di una posizione part time tra quelle poste a bando.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

(barrare e compilare le caselle corrispondenti alla situazione personale/familiare/sociale, la casistica corrisponde alle situazioni contemplate dalla normativa vigente e dal regolamento approvato con deliberazione n.259 del 14.12.2018)

Di essere dipendente nelle seguenti condizioni Condizioni di

priorità:

a) genitorialità

- rientro dal congedo per maternità/paternità, entro un anno dal rientro stesso con priorità a genitore unico,
- figli fino a 3 anni in ragione del numero di figli fino a 13 anni e con priorità a genitore unico
- figli fino a 8 anni in ragione del numero di figli fino a 13 anni e con priorità a genitore unico
- figlio portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 L.104/92 (handicap senza situazione di gravità), legge 170/2010 fino al compimento della scuola dell'obbligo (Disturbi apprendimento, dislessia)
- figli fino a 13 anni in ragione del numero con priorità a genitore unico

nota:
si ha la situazione di genitore unico (d.lgs151/00,circFP14/2000) in caso di affidamento in via esclusiva (con provvedimento formale del giudice) ad uno dei genitori, morte di uno dei genitori**,** riconoscimento da parte di uno solo dei genitori,abbandono del figlio da parte di uno dei genitori.

Dati anagrafici figlio/i

Cognome Nome	Luogo nascita	Data nascita

a) assistenza

assistenza ad una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa, che assuma connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/92, con riconoscimento di assegno di accompagnamento in quanto incapace di compiere gli atti di vita quotidiana
necessità di assistere genitori, coniuge o convivente, figli e gli altri familiari conviventi senza possibilità di alternativa di assistenza, che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per dipendenze patologiche

b) condizioni personali

dipendenti portatori di handicap, senza situazione di gravità di cui all'art.3 co.1 L.104/92, o con documentata necessità di sottoporsi a cure mediche, prolungate e continuative, incompatibili con la prestazione lavorativa a tempo pieno
dipendenti con almeno 55 anni per turnisti H 24, 58 anni per il restante personale.

In relazione a quanto sopra dichiarato si allega ovvero richiama,in quanto già agliatti dell'azienda, la seguente documentazione (barrare le opzioni che interessano):

n,/lett.	allegato	Agli atti	Descrizione documentazione
			Condizioni di priorità
Genitorialità			
a)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Dichiarazione sostitutiva ex art.46 DPR 445/00 relativa allo stato di famiglia Documentazione attestante la condizione di genitore unico Copia del verbale della apposita commissione medica attestante lo stato di handicap art. 3 L.104/92, L.170 /2010 di figlio Certificazione medica attestante la condizione dichiarata
Assistenza			
b)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Dichiarazione sostitutiva ex art.46 DPR 445/00 relativa alla residenza dell'assistito Copia del verbale della apposita commissione medica attestante lo stato di "disabilità grave" con accompagnamento dell'assistito Certificazione medica attestante la condizione dichiarata Dichiarazione sostitutiva ex art.46 DPR 445/00 relativa allo stato di famiglia
Condizioni personali			
c)	☐ ☐ ☐ ☐		Copia del verbale della apposita commissione medica attestante lo stato di "disabilità senza situazione di gravità" del richiedente Certificazione medica attestante la condizione dichiarata

Data, Firma _____

Domicilio o Recapito presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione:

Via_____Tel._____

email_____

Si allega la fotocopia di documento di identità