

**Avviso per l'assegnazione di posizioni a tempo parziale – Personale Comparto
Direzione Professioni Sanitarie**

**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 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 € 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 del 27/10/2025).

☐ 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

di partecipare all'avviso con scadenza in **data 13/12/2025 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

(barrare la condizione che interessa)

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 agli atti dell'azienda, la seguente documentazione (barrare le opzioni che interessano):

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