

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – ISNB (IRCCS)
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (IRCCS)
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

**RICHIESTA DI ACCESSO AL REGIME DI
RAPPORTO AD IMPEGNO RIDOTTO
(DIRIGENZA)**

Dipartimento Amministrativo
Mod 035
U.O.C. SUMAGP
Servizio Unico Metropolitan
Amministrazione Giuridica del
Personale

**AL DIRETTORE DEL SUMAGP
AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
AL DIRETTORE DI U.O**

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO AL REGIME DEL RAPPORTO DI LAVORO AD IMPEGNO RIDOTTO DEL PERSONALE APPARTENENTE ALLA DIRIGENZA SANITARIA (Medici, Veterinari, Dirigenti Sanitari e Dirigenti delle Professioni Sanitarie)

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____ nato/a a _____
_____ il _____ tel. _____ assunto/a dal _____
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/ a tempo determinato in servizio presso _____
_____ nel profilo professionale di dirigente _____ a
rapporto esclusivo, con incarico dirigenziale di _____

CHIEDE

- La trasformazione del proprio rapporto di lavoro da tempo pieno ad impegno ridotto

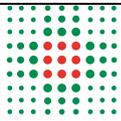
OVVERO

- La conservazione del proprio regime ad impegno ridotto (*per i dirigenti già ad impegno ridotto alla data del 20.12.2019*)

A decorrere dal _____

per i seguenti motivi:

motivi familiari e sociali (*di seguito rappresentati e documentati con allegata dichiarazione sostitutiva*):



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – ISNB (IRCCS)
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (IRCCS)
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

**RICHIESTA DI ACCESSO AL REGIME DI
RAPPORTO AD IMPEGNO RIDOTTO
(DIRIGENZA)**

Dipartimento Amministrativo
Mod 035
U.O.C. SUMAGP
Servizio Unico Metropolitan
Amministrazione Giuridica del
Personale

Il/La sottoscritto/a chiede la seguente articolazione della prestazione lavorativa (che non può essere inferiore alle 12 ore settimanali):

- La riduzione oraria su tutti i giorni lavorativi, così articolata:

lunedì	dalle ore _____	alle ore _____
martedì	dalle ore _____	alle ore _____
mercoledì	dalle ore _____	alle ore _____
giovedì	dalle ore _____	alle ore _____
venerdì	dalle ore _____	alle ore _____
sabato	dalle ore _____	alle ore _____
domenica	dalle ore _____	alle ore _____

- La riduzione del numero dei giorni lavorativi nella settimana, così articolata:

lunedì	dalle ore _____	alle ore _____
martedì	dalle ore _____	alle ore _____
mercoledì	dalle ore _____	alle ore _____
giovedì	dalle ore _____	alle ore _____
venerdì	dalle ore _____	alle ore _____
sabato	dalle ore _____	alle ore _____
domenica	dalle ore _____	alle ore _____

- La riduzione oraria e del numero dei giorni lavorativi nella settimana, così articolata:

lunedì	dalle ore _____	alle ore _____
martedì	dalle ore _____	alle ore _____
mercoledì	dalle ore _____	alle ore _____
giovedì	dalle ore _____	alle ore _____
venerdì	dalle ore _____	alle ore _____
sabato	dalle ore _____	alle ore _____
domenica	dalle ore _____	alle ore _____

- Con articolazione della prestazione lavorativa su alcuni giorni della settimana, del mese o in determinati periodi dell'anno:

PARERE DEL DIRETTORE DELLA U.O. DI APPARTENENZA

Favorevole fino al _____ Non favorevole per i seguenti motivi _____

PARERE DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/DISTRETTO/UFFICIO DI STAFF

Favorevole fino al _____ Non favorevole per i seguenti motivi _____

Data _____

Firma _____