



Oggetto: Avviso per l'assegnazione di n.2 posizioni part time del profilo di collaboratore professionale sanitario ostetrica

**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 (con contratto a tempo parziale in scadenza al 31/03/2021)
- a tempo parziale

CHIEDE

di partecipare all'avviso con scadenza in data _____, 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

- a.1) rientro dal congedo per maternità/paternità, entro un anno dal rientro stesso con
priorità a genitore unico,
- a.2) figli fino a 3 anni in ragione del numero di figli fino a 13 anni e con priorità a genitore
unico
- a.3) figli fino a 8 anni in ragione del numero di figli fino a 13 anni e con priorità a genitore
unico
- a.4) 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)
- a.5) figli fino a 13 anni in ragione del numero con priorità a genitore unico

nota:

si ha la situazione di genitore unico (d.lgs 151/00, circ FP 14/2000) 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

b) assistenza

- b.1) 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
- b.2) 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

c) condizioni personali

- c.1) 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
- c.2) dipendenti con almeno 55 anni per turnisti H24, 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:

_____ Tel. _____

Si allega la fotocopia di documento di identità