



**Oggetto: Avviso per l'assegnazione di posizioni part time - Personale Comparto  
Anno 2014**

**Al Direttore dell'U.O. Risorse Umane  
SEDE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
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 31/12/2014)
- a tempo parziale

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso con scadenza in data 24.10.2014, per l'assegnazione di una  
posizione part time della mappatura aziendale.

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 73 del  
26.05.2014)*

**Situazioni di diritto**

- di essere affetto da patologie oncologiche per i quali residui una ridotta capacità lavorativa anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, accertata da una commissione medica istituita presso l'Azienda USL territorialmente competente (art. 12-bis del d.lgs. n.61/2000)
- di essere in situazione di accertato lo stato tossicodipendenza, alcolismo cronico o la condizione di portatore di handicap sottoposti ad un progetto terapeutico di recupero o riabilitazione, limitatamente alla durata del progetto (artt. 14 e 15 del CCNL 20.9.2001)
- di essere in situazione di accertata grave patologia psichiatrica, certificata da medico specialista, per la quale il medico competente rilevi una ridotta capacità lavorativa

**Situazioni di priorità**

**a) di prestare assistenza:**

- 1. a figlio convivente portatore di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92
- 2. al coniuge, ai figli od ai genitori affetti da patologie oncologiche
- 3. 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 invalidità pari al 100%,

**b) di avere figli conviventi e con priorità alla condizione di genitore unico (nota 1) nel seguente ordine:**

- 1. genitore unico con figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'art.3 della Legge 104/1992 ovvero genitori con figlio convivente studente del primo ciclo dell'istruzione con diagnosi di DSA (art. 6 legge 170/2010).
- 2. figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'art.3 della Legge 104/1992 ovvero genitori con figlio convivente studente del primo ciclo dell'istruzione con diagnosi di DSA (art. 6 legge 170/2010).
- 3. genitore unico di figli minori di 8 anni conviventi in relazione al loro numero
- 4. figli minori di 8 anni conviventi in relazione al loro numero
- 5. genitore unico di figli minori di 13 anni conviventi in relazione al loro numero
- 6. figli minori di 13 anni conviventi in relazione al loro numero

**Dati anagrafici figlio/i**

Cognome Nome	Luogo nascita	Data nascita

**c) di essere un dipendente:**

- 1. portatore di handicap grave ai sensi della Legge 104/1992, art.3 comma 3,
- 2. affetto da patologia grave che richiede terapie salvavita

**d) di avere situazioni di limitata idoneità al servizio comprovate da certificazioni rilasciate dai soggetti istituzionali competenti**

- allego certificazione del medico competente

**e) di avere intenzione di espletare altra attività lavorativa compatibile con il rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato; in tale ipotesi la soglia di durata della**

<sup>1</sup> si ha 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

**prestazione lavorativa a tempo parziale non può superare il 50% di quella a tempo pieno** (compilare anche la modulistica sulla incompatibilità)

- allego dichiarazione di attività lavorativa esterna (vedi pag.4)
  
- **f) di avere superato i 55 anni d'età.**

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

lett.	allegato	agli atti	Descrizione documentazione
<i>Situazioni di diritto</i>			
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificazione medica attestante la condizione dichiarata
<i>Situazioni di priorità</i>			
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia del verbale della apposita commissione medica attestante lo stato di "disabilità grave" del richiedente
	<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
	<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"/>	Certificato di invalidità al 100% dell'assistito
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documentazione attestante la condizione di genitore unico <sup>1</sup>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificazione medica attestante la condizione dichiarata
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia del verbale della apposita commissione medica attestante lo stato di "disabilità grave" 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. \_\_\_\_\_

- Visto, si attesta che il dichiarante \_\_\_\_\_ consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e previamente identificato, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione.
- (timbro d'ufficio)
- Il dichiarante presenta copia del documento di identità \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> si ha 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

**dichiarazione da compilarsi nel solo caso di svolgimento di attività lavorativa esterna**

**ATTIVITA' LAVORATIVA ESTERNA IN REGIME DI PART TIME AL 50%**

In allegato alla domanda di passaggio al rapporto di lavoro a tempo parziale della durata corrispondente al 50% della prestazione lavorativa a tempo pieno, in esito al bando con scadenza \_\_\_\_\_

il sottoscritto \_\_\_\_\_

dipendente con qualifica di \_\_\_\_\_

dichiara:

- ✓ che non intende svolgere attività lavorativa dipendente presso altre Pubbliche Amministrazioni
- ✓ che non intende svolgere attività lavorativa dipendente od autonoma in conflitto di interessi con la propria attività di servizio e comunque con gli interessi dell'Azienda

✓ che intende svolgere l'attività lavorativa esterna di : \_\_\_\_\_

- con rapporto di lavoro dipendente
- in forma autonoma

Imola,

\_\_\_\_\_

L'attività dichiarata non presenta conflitto di interessi con il rapporto di lavoro di cui è titolare il dipendente

Imola,

Il competente Responsabile

\_\_\_\_\_