

FAC SIMILE DOMANDA

Al Direttore

SOA/SOC/Area .....

ASS5 BASSA FRIULANA

Via \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

con il profilo professionale di \_\_\_\_\_,

comunica l'interesse

al mantenimento/trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale:

- orizzontale
- verticale

con riduzione della prestazione lavorativa a:

- 30 ore (83,33% della prestazione a tempo pieno)
- 25 ore (69,44% della prestazione a tempo pieno)
- 18 ore (50% della prestazione a tempo pieno) – esclusivamente in caso altra attività lavorativa

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere interesse al mantenimento del rapporto di lavoro part time con la riduzione sopra descritta:

- per poter svolgere la seguente attività di lavoro autonomo:

\_\_\_\_\_

- per poter svolgere la seguente attività di lavoro subordinato (*indicare l'attività, la denominazione del datore di lavoro, la natura dell'impegno, l'orario di svolgimento*):

\_\_\_\_\_

- in quanto portatore di *handicap*, accertato secondo quanto previsto dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104;

- in quanto portatore di *handicap grave*, accertato secondo quanto previsto dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104;

o in quanto trovasi nelle rilevanti condizioni psico-fisiche di seguito descritte e comprovate da certificazione rilasciata da specialista del SSN e specialista convenzionato SSN come da documentazione allegata:

---

---

o per prestare assistenza a familiari di cui al seguente elenco, in situazione di handicap grave, ai sensi dell'art. 33, comma 3, della L. 104/1992 ovvero con disturbo psichico grave certificato da specialista del SSN, rispetto ai quali né il coniuge né altro componente del nucleo familiare gode di regimi agevolati, fatta salva l'applicazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104:

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Rapporto di parentela	Residenza	Tipologia ed eventuale grado di invalidità

o in quanto genitore unico affidatario del/i figlio/i di età inferiore a quindici anni di cui al seguente elenco:

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Residenza

o in quanto genitore del/i figlio/a/i/e di età inferiore a 3 anni di cui al seguente elenco:

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Residenza

o in quanto genitore del/i figlio/a/i/e di età compresa tra 3 e 15 anni di cui al seguente elenco:

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Residenza

A tal proposito dichiara che l'altro coniuge:

- ha un rapporto di lavoro dipendente  
 non lavora

o                    altro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere informato, secondo quanto previsto all'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_

*(luogo, data)*

\_\_\_\_\_

*(il dipendente)*

N.B. la presente richiesta contenente dati sensibili dovrà essere inviata in busta chiusa

FAC SIMILE AUTORIZZAZIONE

Regione Autonoma Friuli - Venezia Giulia  
**AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N.5**  
**BASSA FRIULANA**

Al Direttore  
SOC GESTIONE RISORSE UMANE  
E AA.GG.LL.

SEDE

Sede

data  
Prot. Nr.

OGGETTO: Part time Sig. \_\_\_\_\_

Si trasmette in allegato, per il seguito di competenza, la domanda di part time inoltrata dalla Sig.  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Si precisa che la prestazione lavorativa concordata è la seguente:

Ore settimanali	Tipo prestazione (orizzontale/verticale)	Articolazione

Con decorrenza del rapporto di lavoro part time a decorrere dal \_\_\_\_\_

Il Dipendente	
Il Direttore di SOA/SOC/Area	
Il Responsabile Servizio Infermieristico di SOA	
Il Responsabile Infermieristico di Dipartimento	
Il Coordinatore	

FAC SIMILE TRASMISSIONE

Regione Autonoma Friuli - Venezia Giulia  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N.5  
**BASSA FRIULANA**

Al Direttore  
SOC SAITRA  
Via Natisone 11  
PALMANOVA

Luogo e data  
Prot. Nr. \_\_\_\_\_

OGGETTO: Richiesta attivazione part time

Si trasmette in allegato la domanda di part time del dipendente sig. \_\_\_\_\_,  
per le verifiche previste dall'art. \_\_\_\_\_ del Regolamento sul part time, approvato con decreto nr. \_\_\_ del  
\_\_\_\_\_ atteso che la stessa non può essere accolta al momento presso la scrivente struttura.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE DI SOA/SOC

---