

MOD. 03C - VARIAZIONE RAPPORTO DI LAVORO A PART TIME

AL RESPONSABILE DEL SETTORE PERSONALE

AL RESPONSABILE DEL SETTORE/SERVIZIO

(per il parere di competenza)

LORO SEDI

OGGETTO: Domanda di variazione del rapporto di lavoro a tempo parziale

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____ in via _____,
tel. _____ e-mail _____, dipendente
del comune di Ferrara dal _____ con profilo _____,
CAT.GIUR. _____ POS.EC.(ex Q.F.) _____, ed in servizio presso il Servizio/Settore _____
_____, con rapporto di lavoro a tempo parziale
a decorrere dal ____/____/_____ al _____ % della prestazione ordinaria a tempo pieno,
di tipo:

- ORIZZONTALE (il dipendente lavora tutti i giorni ma per un n. inferiore di ore rispetto all'orario giornaliero)
- VERTICALE (il dipendente lavora a tempo pieno, ma solo in alcuni giorni della settimana, del mese, o dell'anno)
- MISTO (quando è presente la combinazione delle due modalità di part-time orizzontale e verticale)

per:

- Motivi familiari o personali*
- Disposizioni previste dall'art. 8 comma 3 del D.Lgs. n. 81/2015*
- Svolgimento di un'altra attività lavorativa, subordinata o autonoma, anche mediante iscrizione ad albi*

con la seguente articolazione della prestazione lavorativa:

- prestazione ridotta per n. _____ giorni lavorativi:

lunedì dalle _____ alle _____ per n. _____ ore

martedì dalle _____ alle _____ per n. _____ ore

mercoledì dalle _____ alle _____ per n. _____ ore

giovedì dalle _____ alle _____ per n. _____ ore

venerdì dalle _____ alle _____ per n. _____ ore

sabato dalle _____ alle _____ per n. _____ ore

prestazione su alcuni giorni della settimana:

lunedì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
martedì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
mercoledì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
giovedì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
venerdì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
sabato	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore

prestazione su alcuni giorni del mese con le seguenti modalità:

dal _____ al _____

per n. _____ ore settimanali , con il seguente orario:

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

dal _____ al _____

per n. _____ ore settimanali , con il seguente orario:

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

prestazione su alcuni periodi dell'anno con le seguenti modalità:

dal _____ al _____

per n. _____ ore settimanali , con il seguente orario:

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

dal _____ al _____

per n. _____ ore settimanali , con il seguente orario:

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

CHIEDE

la variazione del proprio rapporto di lavoro a tempo parziale, con decorrenza _____

in part-time di tipo:

- ORIZZONTALE (il dipendente lavora tutti i giorni ma per un n. inferiore di ore rispetto all'orario giornaliero)
- VERTICALE (il dipendente lavora a tempo pieno, ma solo in alcuni giorni della settimana, del mese, o dell'anno)
- MISTO (quando è presente la combinazione delle due modalità di part-time orizzontale e verticale)

→ con le modalità di seguito specificate:

Trasformazione del rapporto al _____ % della prestazione ordinaria a tempo pieno, per complessive n. _____ ore settimanali;

A. Articolazione dell'orario di lavoro con:

- prestazione ridotta per n. _____ giorni lavorativi:

lunedì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
martedì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
mercoledì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
giovedì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
venerdì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
sabato	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore

- prestazione su alcuni giorni della settimana:

lunedì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
martedì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
mercoledì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
giovedì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
venerdì	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore
sabato	dalle _____ alle _____	per n. _____ ore

- prestazione su alcuni giorni del mese con le seguenti modalità:

dal _____ al _____

per n. _____ ore settimanali , con il seguente orario:

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

dal _____ al _____

per n. _____ ore settimanali , con il seguente orario:

lunedì dalle _____ alle _____ martedì dalle _____ alle _____

mercoledì dalle _____ alle _____ giovedì dalle _____ alle _____

venerdì dalle _____ alle _____ sabato dalle _____ alle _____

- prestazione su alcuni periodi dell'anno con le seguenti modalità:

dal _____ al _____

per n. _____ ore settimanali , con il seguente orario:

lunedì dalle _____ alle _____ martedì dalle _____ alle _____

mercoledì dalle _____ alle _____ giovedì dalle _____ alle _____

venerdì dalle _____ alle _____ sabato dalle _____ alle _____

dal _____ al _____

per n. _____ ore settimanali , con il seguente orario:

lunedì dalle _____ alle _____ martedì dalle _____ alle _____

mercoledì dalle _____ alle _____ giovedì dalle _____ alle _____

venerdì dalle _____ alle _____ sabato dalle _____ alle _____

A tal fine dichiara di chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro per:

- A) Motivi familiari/personali**

**COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE L'ALLEGATO A DA CONSEGNARE IN BUSTA CHIUSA
UNITAMENTE ALLA PRESENTE DOMANDA**

- B) Svolgimento, in concomitanza con il servizio per codesto ente, della seguente attività lavorativa (solo a condizione che l'attività per l'ente non sia superiore al 50% dell'orario):**

- SUBORDINATA: *(compilare tutte le voci richieste)*

altro datore: _____

genere di attività: _____

modalità ed orario di svolgimento della seconda attività: _____

- AUTONOMA: *(compilare tutte le voci richieste)*

oggetto dell'attività: _____

tipologia contrattuale: _____

luogo di svolgimento dell'attività: _____

strumenti utilizzati: _____

soggetti ai quali si rivolge l'attività di tipo autonomo: _____

Il sottoscritto si obbliga a non svolgere attività in conflitto o in concorrenza con le attività istituzionali di codesto Ente e dichiara di aver preso visione delle norme contenute nel vigente *Regolamento per la disciplina delle incompatibilità e delle autorizzazioni estranee all'ufficio per i dipendenti del Comune di Ferrara*, ed in particolare l'art. 9. Si impegna altresì, in caso di variazione/inizio di attività, ad effettuare le comunicazioni previste nel suddetto art. 9 del *Regolamento* e di presentare idonea documentazione al fine dell'effettuazione delle opportune verifiche di conformità con tale *Regolamento*.

DATA

FIRMA DEL DIPENDENTE

**DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE A CURA DEL DIRIGENTE
DEL SETTORE/SERVIZIO DI APPARTENENZA**

Il Dirigente del Settore/Servizio _____, vista la presente richiesta e dichiarazione del dipendente _____,

esprime i seguenti pareri:

1) attesta che: (crocettare l'attestazione interessata inserendo le specifiche motivazioni)

- a) La concessione del part-time non provoca pregiudizio all'organizzazione del servizio per cui non viene richiesta alcuna integrazione o sostituzione del dipendente
- b) La concessione del part-time richiede una adeguata integrazione di personale per la parte di orario non prestata, in quanto il dipendente a part-time non potrà svolgere tutte le competenze a suo tempo assegnate in quanto _____

- c) La concessione del part-time richiede una rimodulazione delle competenze del servizio e necessita la sostituzione del dipendente in quanto le mansioni svolte sono incompatibili con il nuovo orario a part-time, pertanto _____

2) in ordine all'eventuale conflitto di interesse tra l'attività istituzionale svolta dal dipendente e quella per la quale chiede la trasformazione del rapporto di lavoro:

3) in ordine all'articolazione dell'orario di lavoro:

- Concorda con la richiesta del dipendente;
- Ha concordato con il dipendente le seguenti variazioni: _____

DATA

IL DIRIGENTE

DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE IN PRESENZA DELLE MOTIVAZIONI DI CUI AL PUNTO A) E ALLEGARE ALLA DOMANDA IN BUSTA CHIUSA.

Il sottoscritto _____ dichiara di chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro per i seguenti motivi:

A1) Motivi familiari/personali

Dichiara di essere nelle seguenti condizioni personali e familiari previste dal vigente C.C.N.L. (art. 4 CCNL 14.09.2000 e s.m.i) e dal D.Lgs. n. 81/2015:

dipendente portatore di handicap o in particolari condizioni psico-fisiche: _____

assistenza di proprio familiare portatore di handicap con percentuale di invalidità _____ :

assistenza di proprio familiare affetto da patologie oncologiche/gravi patologie: _____

assistenza di proprio familiare in particolari condizioni psico-fisiche: _____

assistenza di proprio familiare anziano, non autosufficiente: _____

assistenza ai propri figli minori (indicare età e numero): _____

particolari e documentate esigenze familiari e personali: (vedi T.O.P.A.G. capitolo "L'Organizzazione del lavoro", sezione "Ulteriori disposizioni", voce "Part-time")

altro _____

- A2) Disposizioni previste dall'art. 8 comma 3 del D.Lgs. n. 81/2015** (I lavoratori del settore pubblico e del settore privato affetti da patologie oncologiche nonché da gravi patologie cronico degenerative ingravescenti, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, eventualmente anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, accertata da una commissione medica istituita presso l'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente, hanno diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale. A richiesta del lavoratore il rapporto di lavoro a tempo parziale è trasformato nuovamente in rapporto di lavoro a tempo pieno)

Allegare obbligatoriamente apposita certificazione della Commissione Medica istituita presso la AUSL territorialmente competente.

DATA

FIRMA DEL DIPENDENTE

DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE A CURA DEL DIRIGENTE DEL SETTORE/SERVIZIO DI APPARTENENZA

Visto del Dirigente del Settore/Servizio _____

DATA

FIRMA DEL DIRIGENTE