

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedale - Università Padova  
Via Giustiniani, 1  
35128 PADOVA

**Richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.**

Il sottoscritto/a .....  
nato/a a .....il....., dipendente di codesta Azienda  
Ospedale - Università Padova, matricola n. ....

Profilo professionale.....  
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato dal.....  
presso .....  
Recapito telefonico personale..... Recapito telefonico aziendale.....

**CHIEDE**

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, **con validità di anni quattro**  
per il profilo professionale indicato nel bando con la lettera (\_\_\_\_\_)

**per il seguente motivo:**

- essere affetto da patologia oncologica o gravi patologie croniche - degenerative ingrossanti, accertata da una commissione medica istituita presso l'ULSS territorialmente competente
- essere portatore di handicap con gravità accertata da una commissione medica
- essere portatore di handicap o avere il riconoscimento di invalidità superiore o uguale al 60%
- avere il riconoscimento di invalidità tra il 46% e il 59%
- necessità di assistere coniuge / figli / genitori con patologia oncologica o gravi patologie croniche - degenerative ingrossanti, accertata da una commissione medica istituita presso l'ULSS territorialmente competente
- necessità di assistere una persona con disabilità in situazione di gravità, non ricoverata a tempo pieno, con fruizione dei permessi, ai sensi dell'art. 33 c.3 e c.6bis della L. n. 104/1992 e s.m.i.
- necessità di assistere figlio convivente portatore di handicap accertato da una commissione medica
- necessità di assistere persone conviventi (da intendersi tale la persona residente presso il dipendente da almeno sei mesi) con una invalidità non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti
- figli conviventi di età non superiore agli anni 13 (ex art. 12-bis, comma 3, del D.Lgs. n. 61/2000) con punteggio in relazione all'età compiuta alla data di scadenza del bando e al numero di figli:

- **Fino al compimento dei 3 anni:** 100 punti per ogni figlio di età compresa entro questo limite;
- **Dai 3 anni compiuti fino al compimento dei 6 anni:** 70 punti per ogni figlio di età compresa entro questo limite;
- **Dai 6 anni compiuti fino al compimento dei 13 anni:** 50 punti per ogni figlio di età compresa entro questo limite.

il richiedente è in condizione di unico genitore del/i figlio/i sopra indicati, per una delle motivazioni previste nel bando (i punteggi in questa ipotesi sono aumentati del 10%)

altre motivazioni

(E' possibile indicare uno o più requisiti).

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, informato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di Protezione dei Dati Personali, autorizza il trattamento dei dati sopra forniti per permettere l'esecuzione del contratto di lavoro di cui lo stesso è parte, ovvero lo svolgimento delle attività connesse all'instaurazione e alla gestione del rapporto di lavoro nonché alla sua cessazione e/o trasformazione. L'informativa completa, resa dall'Azienda Ospedale - Università Padova, in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati personali, è, altresì, consultabile nel sito web aziendale, sezione privacy: <http://www.sanita.padova.it/sez.82>

Data

Firma

.....

.....

**DICHIARAZIONI, CERTIFICAZIONI E DOCUMENTAZIONE ALLEGATE ALLA DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE.**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... il ..... residente in  
....., matr.....  
profilo professionale .....  
recapito telefonico personale ..... Recapito telefonico lavoro .....  
Sede di Lavoro .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,  
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000

**D I C H I A R A**

**1) di essere in possesso del requisito n. ...., di cui alla tabella di pag. 1 del presente bando.**

A tal fine si allega copia della seguente documentazione:

- Copia verbale handicap con gravità del richiedente (Req. n. 1)
- Copia verbale handicap non grave e/o copia verbale invalidità civile non inferiore al 46% (Req. n. 2 e 3)
- Copia certificazione gravi patologie oncologiche o gravi patologie cronico - degenerative ingravescenti, accertate da una commissione medica istituita presso l'Ulss territorialmente competente, di coniuge/figli/genitori (Req. n. 4)
- Copia verbale handicap con gravità della persona da assistere (Req. n. 5)
- Copia verbale handicap non grave del figlio convivente (Req. n. 6)
- Copia verbale invalidità civile non inferiore al 70% della persona convivente (da intendersi tale la persona residente presso il dipendente da almeno sei mesi) ovvero copia del certificato della malattia mentale della persona assistita o della non autosufficienza dell'anziano assistito (Req. n. 7)

**2) di prestare assistenza, per i motivi indicati, nei confronti della persona:**

Cognome / Nome .....

Data di nascita : .....Luogo di nascita.....

Residente in via.....n. ....a .....

Domiciliata in via.....n. ....a .....

con grado di parentela.....

stato di convivenza dalla data .....

A tal fine si allega copia della seguente documentazione:

Autocertificazione del grado di parentela della persona assistita.

Copia certificato o dichiarazione sostitutiva dello stato di residenza, da almeno 6 mesi, della persona convivente a cui prestare assistenza.

**3) di essere genitore dei figli di seguito elencanti (si prega di indicare tutti i figli conviventi, anche se di età maggiore di 13 anni):**

- Cognome /Nome .....

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

Residente in via .....n. ....a .....

- Cognome /Nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residente in via .....n. ....a .....

- Cognome /Nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residente in via .....n. ....a .....

- Cognome /Nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residente in via .....n. ....a .....

**4) di essere, altresì, unico genitore convivente con il minore per la motivazione, tra quelle indicate nel bando, di cui al n. \_\_\_\_\_.**

A tal fine si allega copia della seguente documentazione:

Certificato ovvero Provvedimento dell'Autorità giudiziaria che certifica lo stato di unico genitore convivente come indicato da una delle ipotesi previste nel bando.

**5) di esprimere la preferenza per la seguente tipologia/articolazione oraria:**

Per il personale del ruolo sanitario e tecnico OSS/OTAA

- In una Unità Operativa con attività continua nell'arco delle 24 ore:
  - part-time verticale su tre turni (M/P/N) a 24 ore settimanali
  - part-time verticale su tre turni (M/P/N) a 30 ore settimanali
  
- In una Unità Operativa con attività continua H24 garantita da servizi di pronta disponibilità festiva e/o notturna:
  - part time orizzontale su due turni (M/P) a 30 ore settimanali, con consenso all'effettuazione in caso di necessità di un numero massimo di 5 turni di pronta disponibilità
  
- In una Unità Operativa con attività diurna nell'arco delle 12 ore:
  - part-time orizzontale su due turni (M/P) a 30 ore settimanali

Per il personale del ruolo amministrativo/ruolo tecnico(escluso OSS/OTAA)

- In una Unità Operativa con attività giornaliera o diurna nell'arco delle 12 ore:
  - part-time orizzontale a 24 ore settimanali con la presenza in almeno un giorno nel pomeriggio
  - part-time orizzontale a 30 ore settimanali con un rientro pomeridiano
  - part-time verticale su due turni (M/P) a 24 ore settimanali (non previsto per le Strutture di Staff)

Si allega copia della carta di identità del sottoscritto.

Luogo/Data

Firma del richiedente