

MODELLO DOMANDA

Spettabile
Azienda ULSS n. 6 Euganea
Unità Operativa Complessa Risorse Umane
Via Enrico degli Scrovegni n. 14
35131 PADOVA

Oggetto: Domanda di fruizione del rapporto di lavoro a tempo parziale.

**Autocertificazione situazione personale ai fini della formulazione della graduatoria
ESCLUSIVAMENTE PER I DIPENDENTI DEL COMPARTO CON RAPPORTO DI
LAVORO A TEMPO INDETERMINATO.**

Il/La sottoscritto/a _____,

matricola _____, in servizio presso (*indicare struttura e sede di lavoro*)

_____ ,

nel profilo di _____

_____ ,

con rapporto di lavoro a tempo pieno / a tempo parziale in scadenza il _____,

nato/a a _____ il _____,

residente a _____ (____)

in Via _____ n. _____

C.A.P. _____, C.F. _____,

indirizzo mail per eventuali comunicazioni _____,

recapito telefonico (cellulare) _____,

CHIEDE

presa visione dell'avviso pubblicato nel sito internet aziendale in data 03/10/2019 e delle condizioni ivi indicate,

di fruire del rapporto di lavoro a tempo parziale

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, **DICHIARA** le sotto riportate situazioni, riferite alla propria condizione personale esistente alla data della presente domanda:

CONDIZIONE		PUNTEGGIO
☐ 1	avere coniuge, figli, genitori affetti da patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ (indicare rapporto di coniugio o parentela) _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ (indicare rapporto di coniugio o parentela) _____ <i>Allegare documentazione comprovante la condizione.</i>	50 per ogni persona
☐ 2	essere convivente ed assistere persona con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3 co. 3 della L. 104/1992, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ (indicare rapporto di parentela/affinità o altro) _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ (indicare rapporto di parentela/affinità o altro) _____ <i>Allegare documentazione comprovante la condizione.</i>	50 per ogni persona
☐ 3	essere genitore di figlio convivente di età non superiore a 13 anni cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____	Fino a 3 anni, 50 per ogni figlio Fino a 6 anni, 40 per ogni figlio Fino a 10 anni, 20 per ogni figlio Fino a 13 anni, 15 per ogni figlio

☐ 4	essere genitore di figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992 cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ <i>Allegare documentazione comprovante la condizione.</i>	35 per ogni persona
☐ 5	essere (il dipendente) portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992 o in particolari condizioni psicofisiche (art.60 CO.8 CCNL comparto sanità 2016/2018) documentate e valutate dal collegio interno aziendale <i>Allegare documentazione comprovante la condizione.</i>	35
☐ 6	rientrare (nell'anno di pubblicazione del bando al quale si intende partecipare) dal congedo di maternità o paternità (specificare) _____ _____ _____	5
☐ 7	avere necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione a tempo pieno <i>Allegare documentazione comprovante la condizione.</i>	5
☐ 8	essere dipendente nei confronti del quale sia stato accertato, da una struttura sanitaria pubblica o convenzionata in base alle leggi nazionali e regionali vigenti, lo stato di dipendenza e che si impegna a sottoporsi ad un progetto di recupero predisposto dalle suddette strutture <i>Allegare documentazione comprovante la condizione.</i>	5

☐ 9	assistere i genitori, coniuge o convivente, figli o altri familiari conviventi, senza possibilità alternativa di assistenza, che accedono a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per dipendenze (con accertamento dello stato di dipendenza da parte di una struttura sanitaria pubblica o convenzionata in base alla leggi nazionali e regionali vigenti e predisposizione di un progetto di recupero predisposto dalle suddette strutture) cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ (indicare tipo di rapporto) _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ (indicare tipo di rapporto) _____ <i>Allegare documentazione comprovante la condizione.</i>	2,5
☐ 10	essere genitore con figli minori, in relazione al loro numero cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____ cognome e nome _____ data e luogo di nascita _____	Fino a 15 anni, 5 Fino a 18 anni, 1
☐ 11	avere età anagrafica superiore ai ☐ 55 anni turnista sulle 24 ore ----- ☐ 60 anni turnista sulle 24 ore ----- ☐ 55 anni turnista solo diurno ----- ☐ 60 anni turnista solo diurno ----- ☐ 55 anni non turnista ----- ☐ 60 anni non turnista -----	20 ----- 30+1 punto per ogni anno dopo i 55 ----- 5 ----- 10+1 punto per ogni anno dopo i 55 ----- 2 ----- 2,5+1 punto per ogni anno dopo i 55

☐ 12	avere coniuge turnista in presenza di figli minori di anni 14	5
☐ 13	essere "genitore unico" convivente con il figlio a seguito di ☐ morte dell'altro genitore (<i>indicare cognome e nome e data del decesso</i>) ☐ abbandono del figlio da parte dell'altro genitore risultante da provvedimento formale dell'autorità giudiziaria ☐ affidamento esclusivo del figlio al/la sottoscritto/a richiedente risultante da provvedimento formale ☐ grave infermità, anche temporanea, dell'altro genitore, accertata con documentazione medico legale <i>Allegare documentazione comprovante la condizione.</i> ☐ mancato riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore	viene riconosciuta una maggiorazione del 25% del punteggio relativo al criterio legato ai figli nei casi previsti dai punti 1, 3, 4, 6, 9,10; fa fede lo stato di famiglia
☐ 14	nessuna condizione	0 punti

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver compilato i seguenti riquadri (*barrare i riquadri compilati*):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di accettare tutte le indicazioni e condizioni contenute nell'avviso pubblicato nel sito internet aziendale in data 03/10/2019;
- di aver preso visione del Regolamento Part time pubblicato nel sito internet aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente > Personale > Contrattazione Integrativa > Contratti Integrativi > Area Comparto
- di esprimere il consenso all'utilizzo dei dati personali, anche sensibili, per gli adempimenti connessi alla presente procedura;
- di attestare che le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono sostitutive di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;
- di essere consapevole che potrà essere richiesta ulteriore documentazione riguardante eventuali dichiarazioni rese e che l'Azienda attuerà controlli sulla veridicità di quanto dichiarato;
- di essere consapevole che, nel caso i controlli evidenziassero la non veridicità delle dichiarazioni rese, saranno adottate le sanzioni e la decadenza dei benefici ottenuti, come previsto dal D.P.R. n. 445/2000;

- di essere consapevole che è prevista la cessazione anticipata del rapporto di lavoro a tempo parziale qualora venga a mancare il presupposto che ha dato titolo alla trasformazione (a decorrere dal momento dell'approvazione della graduatoria immediatamente successiva) e che costituisce onere del dipendente comunicare tempestivamente e per iscritto all'U.O.C. Risorse Umane la variazione della situazione che ha consentito la trasformazione del proprio rapporto di lavoro;
- che ogni comunicazione relativa al presente avviso deve essere inviata al seguente indirizzo:

- che le copie dei documenti allegati sono conformi all'originale in mio possesso.

Si allega alla presente domanda fotocopia del documento di identità personale in corso di validità (fronte/retro).

(luogo e data)

(firma)

NON COMPILARE
(spazio a cura dell'U.O.C. Risorse Umane)

CONDIZIONE	PUNTI
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
TOTALE	