Alla Direttrice Generale
Sapienza Università di Roma

OGGETTO: Richiesta di modifica del rapporto di lavoro già a tempo parziale

Il sottoscritto…….…….…… n. posizione……..……
nato a ……..……il……..……..
residente in ……..…….. c.a.p…….. Via …… .n.……..…
telefono ……Codice fiscale……..
area ……..……..…... settore professionale……
in servizio presso……..……..……
(Facoltà, Dipartimento, Area - Ufficio - Settore)

C H I E D E

la modifica del rapporto di lavoro già a tempo parziale ……..
a decorrere dal giorno ……..
nuova percentuale della prestazione lavorativa ……...%

In particolare opta per* (barrare una sola casella):

☐ **TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** Tabella 1 – Tipologia n. …….
Articolato su ciascun giorno lavorativo dal lunedì al venerdì: n. ore ……..

(per un totale di n ..... ore settimanali)

☐ **TEMPO PARZIALE VERTICALE** Tabella n. …… – Tipologia n. …….
Prestazione lavorativa da svolgersi nei seguenti giorni lavorativi/ periodi dell'anno (specificare i giorni della settimana o i mesi dell'anno):
……..……
……
……..……

per un totale di n. ….. ore settimanali (in caso di articolazione della prestazione su base settimanale)

☐ **TEMPO PARZIALE MISTO**
Prestazione lavorativa da svolgersi secondo la seguente articolazione:
……..……..……
……
……..……

*Le prime tre caselle sono riservate al personale TA universitario mentre l'ultima è riservata al personale funzionalmente assegnato all'Azienda Policlinico Umberto I, all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea nonché alle eventuali altre strutture sanitarie convenzionate

☐ **TEMPO PARZIALE ……..**

Prestazione lavorativa da svolgersi secondo la seguente articolazione:
……..……..
……
……..……

Ai fini della valutazione delle domande di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n.445, sotto la propria responsabilità dichiara di non ricoprire posizioni organizzative nell'ambito dell'Ateneo e di trovarsi nelle seguenti condizioni:

- ☐ dipendente titolare delle seguenti funzioni specialistiche: ……
- ☐ lavoratore affetto da patologie oncologiche, per il quale residui una ridotta capacità lavorativa, anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, accertata dall'ASL competente;
- ☐ dipendente familiare fino al primo grado di studenti del primo ciclo dell'istruzione con disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico (DSA) impegnato nell'assistenza alle attività scolastiche a casa;
- ☐ dipendente portatore di handicap o affetto da tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psico-fisica, attestato da struttura sanitaria pubblica o da strutture associative convenzionate previste dalle leggi regionali vigenti, che si impegni a sottoporsi ad un progetto terapeutico di recupero e di riabilitazione predisposto dalle strutture medesime;
- ☐ dipendente il cui coniuge, figlio o genitore sia affetto da patologie oncologiche, o che assista una persona convivente con totale o permanente inabilità lavorativa, che assuma connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge 5 Febbraio 1992, n. 104, alla quale sia stata riconosciuta una percentuale di invalidità pari al 100% e necessiti di assistenza in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita;
- ☐ lavoratore con figli conviventi di età non superiore agli anni tredici, o con figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 5 Febbraio 1992, n. 104;
- ☐ dipendente impegnato in attività di volontariato ai della Legge 11 Agosto 1991, n. 266, compatibilmente con l'organizzazione degli uffici e del lavoro;
- ☐ dipendente con figli che necessitino di particolari cure o assistenza (con problemi di salute, adottati o affidati in età scolare), anche in relazione al loro numero;
- ☐ dipendente con problemi di salute personale che limitino la presenza in servizio continua o giornaliera;
- ☐ dipendente portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa delle assunzioni obbligatorie;
- ☐ dipendente affetto da grave patologia ai sensi dell'art. 35 comma 14 del CCNL 2006/2009;
- ☐ dipendente affetto da una patologia rara o che debba assistere una persona convivente affetta da una patologia rara;
- ☐ dipendente – in regime di part-time con prestazione lavorativa non superiore al 50% - che intenda svolgere altra attività lavorativa (barrare una sola voce e specificare l'attività):

  - di lavoro subordinato (indicare anche il datore di lavoro privato):

……
……

  - di lavoro autonomo:

……
……

- ☐ dipendente che rappresenti motivate esigenze di studio;
- ☐ altro (da valutare caso per caso).

Roma,……. Firma del dipendente…….

- **SI ESPRIME IL SEGUENTE PARERE:**
-

☐ **FAVOREVOLE** atteso che l'astensione dal servizio del dipendente per il periodo indicato ***non pregiudica*** *lo svolgimento dell'attività ordinaria dell'Ufficio*

☐ **SFAVOREVOLE** atteso che l'astensione dal servizio del dipendente per il periodo indicato ***pregiudica*** *lo svolgimento dell'attività ordinaria dell'Ufficio*

FIRMA (leggibile) e TIMBRO del RESPONSABILE DELLA STRUTTURA *

……..

Roma, ……..

***** *Per il personale funzionalmente assegnato all'Azienda Policlinico Umberto I, all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea nonché alle eventuali altre strutture sanitarie convenzionate si richiede altresì il parere del Direttore Generale dell'Azienda.*

- SI ESPRIME IL SEGUENTE PARERE:

☐ **FAVOREVOLE**
……
……
……..

☐ **SFAVOREVOLE**
……
……
……..

FIRMA e TIMBRO del DIRETTORE GENERALE dell'AZIENDA

……..

Roma, ……..