

## MOD. 03A - TRASFORMAZIONE DA TEMPO PIENO A PART TIME

**AL RESPONSABILE DEL SETTORE PERSONALE**

**AL RESPONSABILE DEL SETTORE/SERVIZIO**

\_\_\_\_\_  
**(per il parere di competenza)**

**LORO SEDI**

### **OGGETTO Domanda per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, visto il D.P.C.M. 117/89, l'art. 15 del  
vigente C.C.N.L., l'art. 1, commi 56 e segg. della legge 662/1996 e successive modificazioni e integrazioni e  
il D.Lgs. n. 81 del 15.06.2015,

### **CHIEDE**

→ la trasformazione del proprio rapporto di lavoro, con decorrenza \_\_\_\_\_ da tempo pieno a tempo parziale, 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

**MOD. 03A - ALLEGATO A**

**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