

**Al Direttore della U.O.C. Politiche del Personale
e Gestione Risorse Umane**

e.p.c.

_____ (indicare il diretto Responsabile)

Oggetto : richiesta di trasformazione del proprio rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale

..l... sottoscritt.....

in servizio presso la U.O.C./Uosd /Uos.....

con il profilo professionale di.....

chiede la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, in virtù delle disposizioni previste dal CCNL del Personale del Comparto Sanità 2019/2021, artt. 73 – 75,

della durata biennale dal.....al.....

orizzontale **verticale** **misto**

con la percentuale della prestazione lavorativa del 33,33% (equivalente a 12 ore settimanali/4 mesi lavorativi)

con la percentuale della prestazione lavorativa del 50% (equivalente a 18 ore settimanali/6 mesi lavorativi)

con la percentuale della prestazione lavorativa del 66,67% (equivalente a 24 ore settimanali/8 mesi lavorativi)

con la percentuale della prestazione lavorativa del 75% (equivalente a 27 ore settimanali/9 mesi lavorativi)

con la percentuale della prestazione lavorativa dell'83,33% (equivalente a 30 ore settimanali/10 mesi lavorativi)

con la seguente articolazione :

Part - time orizzontale:

| Giorni lavorativi | Orario |
|-------------------|--------|
| | |

Part time – verticale:

| Mesi lavorativi | Giorni lavorativi | Orario |
|-----------------|-------------------|--------|
| | | |

Part time – misto:

| Mesi lavorativi | Giorni lavorativi | Orario |
|-----------------|-------------------|--------|
| | | |

per la seguente motivazione

Qualora si opti per un rapporto di lavoro a tempo parziale con **prestazione lavorativa non superiore al 50%** di quella a tempo pieno **indicare l'eventuale attività lavorativa e professionale, subordinata o autonoma che si andrà a svolgere:**

Inoltre, DICHIARA sotto la propria responsabilità di accettare tutte le condizioni giuridiche ed economiche, di cui alla succitata normativa contrattuale, nonché le disposizioni sul regime di incompatibilità dei dipendenti pubblici e sul conflitto di interessi.

Il presente modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte e **DOVRA' ESSERE INVIATO ESCLUSIVAMENTE AL PROTOCOLLO GENERALE TRAMITE CONSEGNA DIRETTA OVVERO MEDIANTE PEC all'indirizzo ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it OPPURE MEDIANTE MAIL all'indirizzo protocollo@hsangiovanni.roma.it**

Per ulteriori chiarimenti, e mail di riferimento : fviti@hsangiovanni.roma.it ; politiche.delpersonale@hsangiovanni.roma.it

Firma del dipendente _____

Tel.....