SINTESI DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE QUANDO SI COMPILA LA DOMANDA PER LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE

nota: dimensione massima del pdf 2mb

SCHEDA DA COMPILARE	DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE
ANAGRAFICA	documento di identità fronte-retro in un unico pdf
STATO ATTUALE	//
PART TIME RICHIESTO	per part time 50%, solo per chi svolge altra attività lavorativa documentazione relativa all'attività
FAMILIARE CON PATOLOGIE ONCOLOGICHE / CRONICO-DEGENERATIVE	certificazione comprovante la situazione del familiare con la seguente dicitura "L'assistito Sig. ____ (nome, cognome e data di nascita) è affetto da patologia oncologica, nonchè grave patologia cronico-degenerativa ingravescente e necessita di assistenza".
DICHIARAZIONE DI CONVIVENZA - PERSONA INABILE - ALLEGATO 1	dichiarazione di convivenza (v. all. 1)
DICHIARAZIONE DI CONVIVENZA - FIGLI DISABILI - ALLEGATO 1	dichiarazione di convivenza (v. all. 1)
LEGGE 104/1992	verbale Legge 104/92 con omissis
DISABILITA' DIPENDENTE	certificazione ai sensi della Legge 104/1992 con omissis o certificato del medico specialista di riferimento che indichi necessità di riduzione dell'orario di lavoro (NO indicazioni patologia)
RIENTRO DAL CONGEDO	//
NECESSITA' CURE MEDICHE	certificazione medica N.B. Non dovrà essere indicata la patologia. Es. “L’assistito Sig. _____ (nome, cognome e data di nascita) ha necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione a tempo pieno (36 ore settimanali).
ASSISTENZA A FAMILIARI ART. 73, c. 8, lett. e) - PARTE 1	dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativamente alla convivenza (Allegato 2)
ASSISTENZA A FAMILIARI ART. 73, c. 8, lett. e) - PARTE 2	certificazione medica
FIGLI MINORI	//
ETA' ANAGRAFICA	//
GENITORE UNICO	dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativamente al proprio stato di famiglia (Allegato 3)
INVALIDITA' SUP 2/3	allegare verbale invalidià con omissis
ALTRO	- Motivi di studio --> iscrizione anno 2027/autocertificazione - Limitazioni fisiche parziali --> certificazione medico competente in corso di validità - Figli affetti da sindrome DSA --> riconoscimento secondo la classificazione internazionale dei DSA, non altri dati sanitari
CONFERMA ED INVIO	**N.B. VERIFICARE LA RICEZIONE NELLA PROPRIA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA DELL'E-MAIL DI CONFERMA ISCRIZIONE**