



Protocollo n. 195824

Bussolengo, 27/10/2023

**AVVISO AL PERSONALE DIPENDENTE DEL COMPARTO  
 PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI  
 TRASFORMAZIONE  
 DEL RAPPORTO DI LAVORO  
 DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE  
 ANNO 2024**

SCADENZA: ore 12:00 del 14/11/2023

*Publicato all'Albo dell'Ente in data 27/10/2023*

*Il presente avviso, rivolto al personale del "Comparto" con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio da almeno due anni, indica le modalità per la presentazione delle istanze di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, per l'anno 2024, ai sensi del regolamento aziendale sul rapporto di lavoro a tempo parziale, sottoscritto in data 13/06/2017 con le OO.SS. del "Comparto" e recepito con deliberazione n. 708 del 10/08/2017 e s.m.i.;*

Visto l'approvazione della mappatura dei posti a tempo parziale valida per il 2024, di cui alla deliberazione n. 1066 del 25/10/2023, che prevede il numero totale delle posizioni a tempo parziale consentite e la relativa articolazione, tenuto conto dei part time già in essere, compresi quelli in scadenza nell'anno 2023;

Sono disponibili i posti a part time relativi ai seguenti **profili professionali**:

**DISTRETTO 1 e 2 (VERONA)**

<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>	<b>N. POSTI</b>
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	29
APSF ASSISTENTE SANITARIO	5
APSF EDUCATORE PROFESSIONALE	7
APSF FISIOTERAPISTA	7
APSF INFERMIERE	40
APSF OSTETRICA	2
APSF TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	2
APSF TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	1
APSF TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	2
APSF TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' E DELL'ETA' EVOLUTIVA	1
APSF TERAPISTI OCCUPAZIONALI	1
APSF VIG.ISP.TECN.PREV.AMB./LAV	3

### **DISTRETTO 3 (LEGNAGO)**

<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>	<b>N. POSTI</b>
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	34
APSF ASSISTENTE SANITARIO	1
APSF EDUCATORE PROFESSIONALE	5
APSF FISIOTERAPISTA	2
APSF INFERMIERE	42
APSF LOGOPEDISTA	2
APSF TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	5
APSF TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	4
APSF TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' E DELL'ETA' EVOLUTIVA	1

### **DISTRETTO 4 (BUSSOLENGO)**

<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>	<b>N. POSTI</b>
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	20
APSF ASSISTENTE SANITARIO	3
APSF EDUCATORE PROFESSIONALE	5
APSF FISIOTERAPISTA	3
APSF INFERMIERE	43
APSF LOGOPEDISTA	3
APSF OSTETRICA	1
APSF TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	1
APSF TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	4
APSF VIG.ISP.TECN.PREV.AMB./LAV	1
ASU OPERAT. TECN. ADDETTO ASSIST.	1

### **RUOLI TECNICI AMMINISTRATIVI Azienda ULSS 9 Scaligera (possibile per il personale afferente ai servizi tecnico-amministrativi)**

<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>	<b>N. POSTI</b>
APSF ASSISTENTE SOCIALE	1
ADA ASSISTENTE INFORMATICO	1
ADO OPERATORE TECN. SPECIAL.	1
ASU OPERATORE TECNICO	2
APSF COLLABORATORE. AMMINISTRATIVO PROF.LE	6
ADA ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	7
ADO COADIUTORE AMM.VO SENIOR	3
ASU COADIUTORE AMMINISTRATIVO	4

La distribuzione dei posti nei vari Distretti è suddivisa per profilo professionale e relativa tipologia di part time (orizzontale o verticale), è riportata in dettaglio nel prospetto allegato al presente avviso, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Per i profili dell'area tecnico amministrativa l'individuazione dei posti a tempo parziale viene definita per singolo profilo professionale .

In applicazione all'art. 4 del regolamento e s.m.i., l'accesso al rapporto di lavoro a tempo parziale avviene in presenza delle seguenti condizioni e con gli indicati punteggi, che verranno applicati per la formulazione della graduatoria:

<b>Condizioni di priorità</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
Assistenza a familiare: assiste il coniuge, parte di un'unione civile o convivente di fatto (L. 76 - 20/05/2016), i figli o i genitori affetti da patologie oncologiche, nonché da gravi patologie cronicodegenerative ingravescenti, nonché nel caso assista una persona convivente con totale e permanente invalidità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/1992	6
Figli <u>conviventi</u> portatori di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 1 della L. 104/92 per ciascun figlio	2
<b>Condizioni e punteggio</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
Figli minori fino a 3 anni non compiuti per ciascun figlio	5
Figli minori da 3 anni a 5 anni non compiuti per ciascun figlio	4
Figli minori da 5 anni a 10 anni non compiuti per ciascun figlio	2
Figli minori da 10 anni a 14 anni non compiuti per ciascun figlio	1
Figli minori da 14 anni a 16 anni non compiuti per ciascun figlio	0,25
L'azienda terrà conto della priorità da assegnare per figlio convivente di età non superiore ai 13 anni. Nel caso di unico genitore convivente con il figlio, viene riconosciuta una maggiorazione del 25% del punteggio relativo al criterio legato ai figli	
Richiedente che ha superato i 55 anni di età turnista sulle 24 ore	1,50
Richiedente che ha superato i 60 anni di età turnista sulle 24 ore	3
Richiedente che ha superato i 55 anni di età turnista solo diurno	1
Richiedente che ha superato i 60 anni di età turnista solo diurno	2
Richiedente che ha superato i 55 anni di età non turnista	0,75
Richiedente che ha superato i 60 anni di età non turnista	1,25
Richiedente con dichiarazione di invalidità superiore ai 2/3	5
Svolgimento altra attività lavorativa (part-time 50%)	0,5
Altro: Motivi di studio limitatamente alla durata del corso – Limitazioni fisiche parziali allo svolgimento delle attività certificate dal medico competente; figli affetti da sindrome DSA (disturbi specifici dell'apprendimento) sino all'età dell'obbligo scolastico.	2

In caso di parità di punteggio verrà privilegiato il dipendente che ha maturato la maggiore anzianità di servizio presso l'Azienda, e in caso di parità di anzianità, il dipendente con maggiore età anagrafica.

Qualora pervengano domande in numero inferiore rispetto ai posti individuati per ciascun profilo professionale dalla mappatura, si potrà procedere con l'assegnazione dei posti di part time disponibili anche ai dipendenti che non rientrano nelle condizioni indicate nella tabella di cui sopra, fermo restando il criterio di preferenza rispetto all'anzianità di servizio e anagrafica.

In questo caso il part time viene concesso per il periodo di un anno ed i relativi posti potranno essere rimessi a disposizione per l'avviso dell'anno successivo.

Qualora ci sia la non accettazione, il dipendente verrà automaticamente escluso dalla graduatoria e l'Amministrazione potrà procedere allo scorrimento della stessa con la concessione della trasformazione ai dipendenti utilmente collocati.

Nel caso in cui il soggetto richiedente sia titolare di incarico di funzione, la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale comporta la revoca dell'incarico o la rinuncia al part time.

Prima del passaggio del rapporto di lavoro a tempo parziale, il dipendente dovrà aver fruito tutte le ferie maturate.

E' comunque fatta salva, in aggiunta a quanto sopra indicato, anche in supero, la concessione della trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale, e successivamente la trasformazione in rapporto di lavoro a tempo pieno, ai dipendenti che si trovano in una delle condizioni di cui all'art. 4 commi 1 e 2 del Regolamento aziendale.

**MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**  
*esclusivamente per il distretto di appartenenza*

La domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale può essere presentata solo dai dipendenti a tempo indeterminato che siano stati assunti nell'Azienda con rapporto di lavoro a tempo indeterminato da almeno due anni (alla data di scadenza del bando - 14/11/2023), utilizzando l'apposito modulo allegato al presente avviso.

La domanda può essere presentata con una delle seguenti modalità:

– consegna al Protocollo Generale dell'Azienda U.L.S.S. 9 Scaligera – presso gli uffici protocollo di afferenza della sede di Verona e Legnago negli orari di apertura;

– spedizione mediante raccomandata all'**UOC AFFARI GENERALI – Via Valverde n. 42 / Verona** con avviso di ricevimento CHE DOVRA' PERVENIRE entro il termine di presentazione; a tal fine fa fede la data ed il numero di protocollo di arrivo (N.B. non fa fede il timbro postale).

- trasmissione nel rispetto del termine prescritto, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): [protocollo.aulss9@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss9@pecveneto.it).

Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo PEC aziendale sopra indicato.

Analogamente, non sarà considerato valido, ai fini della partecipazione all'avviso, l'invio ad un altro, ancorché certificato, indirizzo di posta elettronica di questa Azienda ULSS.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Non saranno considerate prodotte in tempo utile le domande che pervengano dopo il termine sopraindicato, qualunque sia la causa del ritardato arrivo.

Gli allegati PEC dovranno avere le seguenti caratteristiche per poter garantire il loro trattamento ai fini della presente procedura selettiva:

1) tutti i documenti dovranno essere in formato PDF generando possibilmente un file unico per più documenti;

2) i documenti cartacei devono essere acquisiti con lo scanner come segue: dimensioni originali – risoluzione max 200 dpi – formato PDF;

3) tutti i file PDF generati e relativi ai precedenti punti 1 e 2, dovranno essere contenuti in una cartella compressa formato ZIP nominandola con "cognome.nome.zip" che non dovrà superare la dimensione massima di 10 MB;

4) per tutti i documenti firmati digitalmente è consigliabile convertirli prima della firma nel formato PDF.

Si precisa che, l'invio della domanda potrà avvenire anche a mezzo posta elettronica ordinaria all'indirizzo e-mail [protocollo.generale@aulss9.veneto.it](mailto:protocollo.generale@aulss9.veneto.it) e che la protocollazione avverrà delle sole note provenienti da indirizzi mail identificabili e sarà accettata solo se protocollata entro il termine perentorio indicato nel paragrafo "TERMINI DI PRESENTAZIONE" (non farà fede la data di invio).

Ogni allegato dovrà essere in formato PDF e rispettare le caratteristiche già indicate anche per le PEC.

In caso di invio a mezzo posta elettronica ordinaria o certificata è obbligatorio riportare nell'oggetto della mail: "COGNOME e NOME del dipendente – rif. Avviso tempo parziale anno 2024 - prot. n. 195824-2023 - domanda". Non saranno considerate presentate in tempo utile mail o pec prive di tale indicazione.

### **TERMINI DI PRESENTAZIONE**

La domanda, completa in tutte le sue parti, con allegata la necessaria documentazione, dovrà **essere protocollata** presso il protocollo Generale entro e non oltre le **ore 12:00 del 14/11/2023** quale termine perentorio.

Il presente avviso con relativa domanda di trasformazione del rapporto di lavoro sono disponibili sul sito internet [www.aulss9.veneto.it](http://www.aulss9.veneto.it) nella sezione "Concorsi ed Avvisi" nonché sull'angolo del dipendente.

### **ULTERIORI INFORMAZIONI**

Per i dipendenti che entro il 31/12/2023 avranno fruito tutto il congedo ordinario maturato, il part time potrà avere decorrenza **dal 01/01/2024**;

Nel caso fosse necessario far slittare la decorrenza del part time e qualora vi fossero impedimenti funzionali alla fruizione del congedo ordinario, la decorrenza potrà essere dal primo giorno del mese successivo alla completa fruizione del congedo.

La decorrenza del part time, ove non compatibile con l'1/01/2024, verrà rimandata al momento in cui le condizioni organizzative lo consentiranno.

I posti non coperti per carenza di domande, potranno essere assegnati ad altri profili che saranno individuati dall'UOC Direzione Professioni Sanitarie.

Il part time autorizzato avrà scadenza il 31/12/2026, indipendentemente dalla data di decorrenza e ciò al fine di uniformare le scadenze del rapporto di lavoro a tempo parziale, in conformità a quanto previsto dall'art. 8, comma 1 del regolamento.

Il dipendente al quale è stata concessa la trasformazione del rapporto di lavoro, è tenuto a comunicare tempestivamente all'Azienda il venir meno dei presupposti che hanno dato modo alla concessione della riduzione oraria.

Al termine del periodo autorizzato il dipendente rientra automaticamente a tempo pieno, fatto salva la concessione di ulteriori proroghe secondo i criteri previsti dal regolamento.

I dipendenti che trasformano il rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale hanno la facoltà di richiedere il ritorno al tempo pieno alla scadenza di un biennio dalla trasformazione, anche in soprannumero riassorbibile con le successive vacanze, oppure prima della scadenza del biennio a condizione che vi sia la disponibilità del posto in organico ovvero della frazione di orario corrispondente al completamento del tempo pieno.

I dipendenti a tempo indeterminato, in possesso dei necessari requisiti, che presentano la domanda per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, possono essere soggetti a procedure di mobilità interna nell'ambito dello stesso distretto in ragione del potere organizzatorio dell'Azienda.

Il rifiuto alla diversa collocazione funzionale comporta la rinuncia al part time da parte dell'operatore e la possibilità di assegnare il posto ad altro operatore avente diritto.

La trasformazione del rapporto di lavoro verrà perfezionata tramite la sottoscrizione di un contratto individuale di lavoro, con le modalità previste dalle vigenti disposizioni.

### **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'Azienda ULSS 9, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, nella persona del Direttore Generale, informa che i dati forniti ed eventualmente sensibili, raccolti per la partecipazione all'avviso, saranno trattati esclusivamente per le procedure descritte nell'avviso, finalizzate alla predisposizione della relativa graduatoria, nonché per i controlli, previsti dall'art. 71 del DPR n. 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atti di notorietà.

La presentazione della domanda di partecipazione all'avviso costituisce l'assenso implicito da parte del candidato al trattamento dei propri dati personali.

I dati saranno trattati dall'ufficio responsabile della procedura, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, nel rispetto delle regole previste dal codice sulla privacy (ex art. 13 D.Lgs. 196/2003 e dal nuovo Regolamento Europeo n. 679/2016).

### **INFORMAZIONI**

Per informazioni rivolgersi all'U.O.C. Gestione Risorse Umane di questa Azienda – sede Bussolengo tel. 045-6712348-384 dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:30 alle ore 12:30.



Il Direttore  
UOC Gestione Risorse Umane  
F.to Dott.ssa Flavia Naverio

AREA OSPEDALIERA DISTRETTO 1-2

PRESIDIO DI SAN BONIFACIO

Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2024	
	PTV	PTO
APSF INFERMIERE	N. 5 (66,67%) N. 16 (83,33%)	N. 1 (66,67%)
APSF TECN. SANIT. RADIOLOGIA MEDICA	N. 1 (83,33%)	
APSF TECN. SANIT. LABORATORIO BIOMEDICO	N. 1 (83,33%)	
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	N. 2 (66,67%) N. 6 (83,33%)	N. 1 (83,33%)

PRESIDIO DI MARZANA

Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2024	
	PTV	PTO
APSF INFERMIERE	N. 1 (66,67%) N. 1 (83,33%)	
APSF FISIOTERAPISTA		N. 1 (83,33%)
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	N. 1 (66,67%) N. 1 (83,33%)	

AREA TERRITORIALE E SOCIALE DISTRETTO 1-2

Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2024	
	PTV	PTO
APSF INFERMIERE	N. 1 (66,67%) N. 8 (83,33%)	N. 4 (83,33%)
APSF OSTETRICA	N. 1 (83,33%)	N. 1 (83,33%)
APSF TECN. SANIT. RADIOLOGIA MEDICA	N. 1 (83,33%)	
APSF EDUCATORE PROFESSIONALE	N. 1 (83,33%)	N. 6 (83,33%)
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	N. 2 (66,67%) N. 9 (83,33%)	N. 1 (50%) N. 1 (66,67%) N. 5 (83,33%)
APSF FISIOTERAPISTA		N. 2 (66,67%) N. 4 (83,33%)
APSF TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA		N. 2 (83,33%)
APSF TERAPEUTA OCCUPAZIONALE		N. 1 (83,33%)
APSF TERAP. NEURO/PSICOM.		N. 1 (83,33%)

AREA PREVENZIONE DISTRETTO 1-2

Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2024	
	PTV	PTO
APSF INFERMIERE		N. 1 (66,67%) N. 2 (83,33%)
APSF VIG. ISP. TECN. PREV. AMB./LAV		N. 3 (83,33%)
APSF ASSISTENTE SANITARIO		N. 5 (83,33%)



**AREA OSPEDALIERA DISTRETTO 3**

<b>PRESIDIO DI LEGNAGO</b>		
<b>Profilo Professionale</b>	<b>NUOVI POSTI 2024</b>	
	<i>PTV</i>	<i>PTO</i>
APSF INFERMIERE	N. 4 (66,67%) N. 17 (83,33%)	N. 3 (83,33%)
APSF FISIOTERAPISTA		N. 2 (83,33%)
APSF LOGOPEDISTA		N. 1 (83,33%)
APSF TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	N. 3 (83,33%)	N. 1 (83,33%)
APSF TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	N. 5 (83,33%)	
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	N. 4 (66,67%) N. 13 (83,33%)	N. 1 (83,33%)

<b>PRESIDIO DI BOVOLONE</b>		
<b>Profilo Professionale</b>	<b>NUOVI POSTI 2024</b>	
	<i>PTV</i>	<i>PTO</i>
APSF INFERMIERE	N. 1 (66,67%) N. 3 (83,33%)	N. 1 (83,33%)
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	N. 3 (83,33%)	

<b>AREA TERRITORIALE DISTRETTO 3</b>		
<b>Profilo Professionale</b>	<b>NUOVI POSTI 2024</b>	
	<i>PTV</i>	<i>PTO</i>
APSF INFERMIERE	N. 1 (66,67%) N. 9 (83,33%)	N. 1 (83,33%)
APSF EDUCATORE PROFESSIONALE	N. 2 (83,33%)	N. 3 (83,33%)
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	N. 10 (83,33%)	N. 1 (66,67%) N. 2 (83,33%)
APSF LOGOPEDISTA		N. 1 (83,33%)
APSF TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' E DELL'ETA' EVOLUTIVA		N. 1 (83,33%)

<b>AREA PREVENZIONE DISTRETTO 3</b>		
<b>Profilo Professionale</b>	<b>NUOVI POSTI 2024</b>	
	<i>PTV</i>	<i>PTO</i>
APSF INFERMIERE	N. 1 (83,33%)	N. 1 (83,33%)
APSF ASSISTENTE SANITARIO	N. 1 (83,33%)	



**AREA OSPEDALIERA DISTRETTO 4**

**PRESIDIO DI VILAFRANCA**

Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2024	
	PTV	PTO
APSF INFERMIERE	N. 3 (66,67%) N. 11 (83,33%)	N. 1 (83,33%)
APSF TECN. SANIT. LABORATORIO BIOMEDICO	N. 4 (83,33%)	
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	N. 1 (66,67%) N. 2 (83,33%)	

**PRESIDIO DI BUSSOLENGO**

Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2024	
	PTV	PTO
APSF INFERMIERE	N. 5 (83,33%)	N. 1 (66,67%) N. 1 (83,33%)
APSF FISIOTERAPISTA		N. 2 (83,33%)
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	N. 2 (83,33%)	

**PRESIDIO DI MALCESINE**

Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2024	
	PTV	PTO
APSF INFERMIERE	N. 4 (83,33%)	
APSF FISIOTERAPISTA		N. 1 (83,33%)

**CSP CAPRINO VERONESE**

Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2024	
	PTV	PTO
APSF INFERMIERE	N. 1 (83,33%)	

**AREA TERRITORIALE E SOCIALE DISTRETTO 4**

Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2024	
	PTV	PTO
APSF INFERMIERE	N. 1 (50%) N. 11 (83,33%)	N. 3 (83,33%)
APSF OSTETRICA		N. 1 (83,33%)
APSF LOGOPEDISTA	N. 2 (83,33%)	N. 1 (83,33%)
APSF EDUCATORE PROFESSIONALE	N. 1 (66,67%)	N. 4 (83,33%)
ADO OPERATORE SOCIO SANITARIO	N. 11 (83,33%)	N. 1 (50%) N. 3 (83,33%)
APSF TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA		N. 1 (83,33%)
ASU OPERAT. TECN. ADDETTO ASSIST.		N. 1 (66,67%)

**AREA PREVENZIONE DISTRETTO 4**

Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2024	
	PTV	PTO
APSF VIG.ISP.TECN.PREV.AMB./LAV		N. 1 (83,33%)
APSF INFERMIERE		N. 1 (83,33%)
APSF ASSISTENTE SANITARIO	N. 1 (83,33%)	N. 2 (83,33%)



AREA TECNICA AMMINISTRATIVA Azienda ULSS 9 Scaligera	
Profilo Professionale	NUOVI POSTI 2023
APSF ASSISTENTE SOCIALE	1
ADA ASSISTENTE INFORMATICO	1
ADO OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	1
ASU OPERATORE TECNICO	2
APSF COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE	6
ADA ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	7
ADO COADIUTORE AMM.VO SENIOR	3
ASU COADIUTORE AMMINISTRATIVO	4

**NOTA PER TUTTI I PROFILI E TUTTI I DISTRETTI DELL'ASL 9:**

La decorrenza del PT, ove non compatibile con l'1/01/2024, verrà rimandata al momento in cui le condizioni organizzative lo consentiranno.



**Avviso prot. n. 195824 del 27/10/2023**  
**DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**  
**DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**

Presentata ai sensi del Regolamento Aziendale approvato con deliberazione n. 708 del 10/08/2017 e s.m.i.

**AL Protocollo Generale**  
**per assegnare a:**

**U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE**  
**AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA**  
**SEDE DI BUSSOLENGO**

**e, p.c. Al Responsabile**  
**U.O./Servizio di appartenenza**

Sede di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

dependente a tempo indeterminato da almeno **DUE ANNI** dell'Azienda U.L.S.S. 9 "Scaligera" di Verona

in servizio a: Part time \_\_\_\_\_ % con scadenza 31/12/2023  tempo pieno al 31/12/2023

profilo professionale \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

assegnato/a all'U.O./Servizio/Ufficio: \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

Responsabile \_\_\_\_\_ indirizzo e.mail \_\_\_\_\_

Coordinatore/Servizio \_\_\_\_\_ indirizzo e.mail \_\_\_\_\_

ai sensi della normativa vigente in materia e del regolamento sul part time

**CHIEDE**

la trasformazione del proprio rapporto di lavoro **DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**

Compatibilmente con il servizio di assegnazione indica come preferenza:

◆ Percentuale della prestazione lavorativa:

50,00% 18 ore settimanali  66,67% 24 ore settimanali  83,33% 30 ore settimanali

◆ Tipologia della prestazione lavorativa:

**ORIZZONTALE**  
su n. \_\_\_\_\_ (5 o 6)  
giorni lavorativi settimanali

**VERTICALE NON**  
**TURNISTA**  
su n. \_\_\_\_\_  
giorni della  
settimana/mese/anno

**VERTICALE**  
**TURNISTA**  
Con riduzione  
giorni lavorativi  
settimanali

**COMBINATO**

◆ **Dichiara di richiedere la trasformazione del rapporto, in relazione alla seguente condizione personale/familiare**

Condizione	Barrare la casella che interessa	note
<p>- Assistenza a familiare: coniuge, parte di un'unione civile o convivente di fatto (L. 76 - 20/05/2016), figli o genitori affetti da patologie oncologiche, nonché da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti, che necessitino di assistenza, purchè documentata da idonea certificazione medica (ad es. medico di base o specialista)(*) <b><u>In relazione all'assistivo indicare:</u></b></p> <p><b>cognome e nome:</b> .....</p> <p><b>data di nascita:</b> .....</p> <p><b>rapporto di parentela rispetto al soggetto assistito:</b> .....</p>	<input type="checkbox"/>	<p>(*)Allegare documentazione come indicato nelle "Istruzioni per la certificazione medica" (Allegato 1)</p>
<p>- nel caso in cui assista una persona <u>CONVIVENTE</u> con totale e permanente inabilità lavorativa, che assuma connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, c. 3, della Legge 104/92 e s.m.i. (**) <b><u>In relazione all'assistivo indicare:</u></b></p> <p><b>cognome e nome:</b> .....</p> <p><b>data di nascita:</b> .....</p>	<input type="checkbox"/>	<p>(**)Allegare certificazione ai sensi della L. 104/92 con omissis come indicato nelle "Istruzioni per la certificazione medica" (Allegato 1) E dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativamente alla convivenza (Allegato 2)</p>
<p>Figli <u>CONVIVENTI</u> portatori di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 1 della L. 104/92: (indicare cognome nome e data di nascita di ciascun figlio):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Allegare certificazione ai sensi della L. 104/92 con omissis E dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativamente alla convivenza (Allegato 3)</p>
<p>Assistenza a figli minori di 16 anni (indicare cognome nome e data di nascita di ciascun figlio):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Genitore Unico</p>	<input type="checkbox"/> SI	<p>Allegare dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativamente al proprio stato di famiglia</p>
<p>Richiedente che ha superato i 55 anni di età turnista sulle 24 ore</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Richiedente che ha superato i 60 anni di età turnista sulle 24 ore</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Richiedente che ha superato i 55 anni di età turnista solo diurno</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Richiedente che ha superato i 60 anni di età turnista solo diurno</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Richiedente che ha superato i 55 anni di età non turnista</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Richiedente che ha superato i 60 anni di età non turnista</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Richiedente con dichiarazione di invalidità superiore ai 2/3</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Allegare verbale invalidità con omissis</p>
<p>Svolgimento altra attività lavorativa (solo con part time 50%)</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Allegare relativa documentazione</p>
<p>Altro: - Motivi di studio limitatamente alla durata del corso</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Allegare iscrizione anno 2024</p>
<p>Altro: - Limitazioni fisiche parziali allo svolgimento delle attività <u>certificate dal medico competente</u></p>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Allegare certificazione in corso di validità con chiara indicazione delle limitazioni</u></p>
<p>Altro: - Figli affetti da sindrome DSA (disturbi specifici dell'apprendimento) sino all'età dell'obbligo scolastico</p>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Allegare riconoscimento secondo la classificazione internazionale dei DSA (non documentazione sanitaria)</u></p>
<p>Richiedente che non rientra nelle condizioni sopra indicate. (Solo nel caso di eventuale disponibilità di posti non assegnati, fermo restando il criterio di preferenza rispetto all'anzianità di servizio presso l'Azienda e anagrafica)</p>	<input type="checkbox"/>	

**Solo nel caso di opzione per il part time al 50%:**

Comunica di  voler /  non svolgere **un'altra attività lavorativa**  subordinata /  autonoma

quale \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

con il seguente orario: \_\_\_\_\_

*Allega al riguardo/Si impegna a presentare la documentazione relativa e dichiara sotto propria responsabilità di non trovarsi in nessuna delle ipotesi di incompatibilità previste dalla legge e si impegna a non svolgere attività in conflitto con le attività istituzionali dell'amministrazione di appartenenza*

**PER TUTTE LE DOMANDE LEGGERE E FIRMARE:**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'eventuale accoglimento della presente istanza può comportare l'attivazione di procedure di mobilità interna all'Azienda all'interno dello stesso distretto in ragione del potere organizzatorio della medesima e che il rifiuto alla diversa collocazione funzionale comporta la rinuncia al part time e la possibilità di assegnare il posto ad altro operatore avente diritto.

Dichiara altresì di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso prot. n. 195824 del 27/10/2023.

Ai sensi dell'informativa prevista dall'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, i dati, anche sensibili, forniti con la presente richiesta saranno trattati ai fini del riconoscimento del diritto di cui trattasi. Il trattamento sarà effettuato secondo modalità manuali e informatizzate. Il conferimento dei dati è obbligatorio: in caso di mancato conferimento dei dati non si potrà procedere al riconoscimento del diritto di cui trattasi. I dati personali forniti potranno essere oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto con sede legale in Via Valverde, 42 – 37122 Verona. Il responsabile del trattamento è il dirigente responsabile dell'UOC Gestione Risorse Umane. Sono fatti salvi i diritti ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento Europeo n. 679/2016. (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti).

- ◆ La richiesta deve essere presentata all'Ufficio Protocollo.
- ◆ Prima del passaggio a rapporto di lavoro **a tempo parziale**, devono essere fruiti le ferie maturate.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente leggibile e per esteso\*)

\* nel caso in cui la firma non venga apposta in presenza del dipendente addetto, **allegare copia fotostatica di un documento di identità del dichiarante.**

## ISTRUZIONI PER LA CERTIFICAZIONE MEDICA

- **IN CASO SI RICHIEDA IL PUNTEGGIO PER:**

*“Assistenza a familiare: coniuge, parte di un'unione civile o convivente di fatto (L. 76 - 20/05/2016) figli o genitori affetti da patologie oncologiche, nonché da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti, che necessitano di assistenza”*

**Allegare** certificazione del medico di base o dello specialista, che dovrà dichiarare:

*“L’assistito Sig. \_\_\_\_\_ (nome e cognome – data di nascita) è affetto da patologia oncologica, nonché grave patologia cronico-degenerativa ingravescente e necessita di assistenza”*

N.B. Non dovrà essere indicata la patologia.

- **IN CASO SI RICHIEDA IL PUNTEGGIO PER:**

*“assistere una persona con totale e permanente inabilità lavorativa, che assuma connotazione di gravità ai sensi dell’art. 3, c. 3, della Legge 104/92 e s.m.i.”*

**Allegare** certificazione ai sensi della L. 104/92 con ommissis.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**DA ALLEGARE SOLO NEL CASO DI RICHIESTA PUNTEGGIO PER:** "Assistenza a una persona CONVIVENTE con totale e permanente inabilità lavorativa, che assuma connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, c. 3, della Legge 104/92 e s.m.i. , nonché assistenza a figli CONVIVENTI portatori di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 1 della L. 104/92.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

1)  di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 ovvero essere iscritto nello "Schedario della Popolazione Temporanea ai sensi art. 32 D.P.R. n. 223 del 1989", presso il Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_.

2) che il soggetto che assiste:  
 (nome e cognome ) \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 è  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 ovvero è iscritto nello "Schedario della Popolazione Temporanea ai sensi art. 32 D.P.R. n. 223 del 1989", presso il Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_.

3) di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo.

Ai sensi dell'informativa prevista dall'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, i dati, anche sensibili, forniti con la presente richiesta saranno trattati ai fini del riconoscimento del diritto di cui trattasi, ai sensi della vigente normativa. Il trattamento sarà effettuato secondo modalità manuali e informatizzate. Il conferimento dei dati è obbligatorio: in caso di mancato conferimento dei dati non si potrà procedere al riconoscimento del diritto di cui trattasi. I dati personali forniti potranno essere oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto con sede legale in Via Valverde, 42 – 37122 Verona. Il responsabile del trattamento è il dirigente responsabile dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane. Sono fatti salvi i diritti ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento Europeo n. 679/2016 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 (luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
 Firma del dichiarante (leggibile e per esteso)

(se la firma non è apposta in presenza del dipendente addetto, la presente deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**DA ALLEGARE SOLO NEL CASO DI RICHIESTA PUNTEGGIO PER: "UNICO GENITORE"**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**nato/a il** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_ **in Via** \_\_\_\_\_

(domicilio da indicare se diverso dalla residenza)

**domiciliato a** \_\_\_\_\_ **in Via** \_\_\_\_\_

**dipendente in qualità di** \_\_\_\_\_ **matr.** \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

che il proprio stato di famiglia (compreso il dichiarante) è composto da:

**1- Dichiarante: come sopra riportato**

**2 – cognome** \_\_\_\_\_ **nome** \_\_\_\_\_

**nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

**3 – cognome** \_\_\_\_\_ **nome** \_\_\_\_\_

**nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

**4 – cognome** \_\_\_\_\_ **nome** \_\_\_\_\_

**nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

**5 – cognome** \_\_\_\_\_ **nome** \_\_\_\_\_

**nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'informativa prevista dall'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, i dati, anche sensibili, forniti con la presente richiesta saranno trattati ai fini del riconoscimento del diritto di cui trattasi, ai sensi della vigente normativa. Il trattamento sarà effettuato secondo modalità manuali e informatizzate. Il conferimento dei dati è obbligatorio: in caso di mancato conferimento dei dati non si potrà procedere al riconoscimento del diritto di cui trattasi. I dati personali forniti potranno essere oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto con sede legale in Via Valverde, 42 – 37122 Verona. Il responsabile del trattamento è il dirigente responsabile dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane. Sono fatti salvi i diritti ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento Europeo n. 679/2016 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti).

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

**FIRMA DEL DICHIARANTE\***

\_\_\_\_\_  
(leggibile e per esteso)

\* nel caso in cui la firma non venga apposta in presenza del dipendente addetto, **allegare copia fotostatica di un documento di identità del dichiarante**