



Prot. n. **64801**

Verona, 17 settembre 2014

AVVISO
PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL
RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE

Pubblicato all'Albo dell'Ente il

Questa Azienda ULSS ha indetto il presente avviso per la presentazione della domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale per i profili professionali di seguito elencati:

- n.1 unità con profilo di Operatore professionale di 2^a categoria – **infermiere generico esperto**, categoria C presso il Presidio ospedaliero di S. Bonifacio, articolazione oraria settimanale di 25 ore e 12 minuti (70%) e tipologia verticale;
- n.1 unità con profilo di collaboratore professionale sanitario – **ostetrica**, categoria D presso il Presidio ospedaliero di S. Bonifacio, con articolazione oraria settimanale di 30 ore (83,33%) e tipologia verticale;
- n.2 unità con profilo di collaboratore professionale sanitario – **infermiere**, categoria D presso il Presidio ospedaliero di S. Bonifacio, di cui
uno con articolazione oraria settimanale di 30 ore (83,33%) e tipologia verticale,
uno con articolazione oraria settimanale di 25 ore e 12 minuti (70%) e tipologia verticale;
- n.2 posto con profilo di **operatore socio sanitario**, categoria B livello economico super, con articolazione oraria settimanale di 25 ore e 12 minuti (70%) e tipologia verticale, presso il Presidio ospedaliero di S. Bonifacio;
- n.2 posto con il profilo di **operatore socio sanitario**, categoria B livello economico super, con articolazione oraria settimanale di 25 ore e 12 minuti (70%) e tipologia verticale, presso il Presidio ospedaliero di Marzana;
- n.1 posto con profilo di collaboratore professionale sanitario – **fisioterapista**, categoria D, con articolazione oraria settimanale di 30 ore (83,33%) e tipologia orizzontale, presso il Presidio ospedaliero di Marzana;
- n.2 unità con profilo di **operatore tecnico**, categoria B, con articolazione oraria settimanale di 30 ore (83,33%) e tipologia orizzontale, di cui uno presso il Presidio ospedaliero di San Bonifacio e uno presso il Dipartimento di Prevenzione;
- n.1 unità con profilo di **collaboratore tecnico professionale**, categoria D, con articolazione oraria settimanale di 30 ore (83,33%) e tipologia orizzontale, presso il Dipartimento risorse finanziarie e informatiche,
- n.1 unità con profilo di **assistente amministrativo**, categoria C con articolazione oraria settimanale di 30 ore (83,33%) e tipologia orizzontale, presso il Distretto socio sanitario n. 2

Può presentare domanda di trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale il personale del comparto dipendente dell'Azienda Ulss n.20 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato che ha superato il periodo di prova, con l'esclusione del personale titolare di posizione organizzativa. Ai coordinatori che svolgono funzioni di coordinamento reale potrà essere concesso il tempo parziale in una percentuale non inferiore all'83,33%, tenuto conto delle motivazioni addotte dal dipendente e delle esigenze di servizio.

È possibile presentare più domande per lo stesso profilo nel caso di articolazioni orarie diverse.

La formulazione della relativa graduatoria per la concessione del part-time, secondo quanto disposto dal sopra citato Regolamento, terrà conto dei seguenti criteri, in ordine di priorità:

1. Dipendente affetto da gravi patologie (in particolare se invalido o portatore di handicap) per l'individuazione delle quali si fa riferimento, in via indicativa, a quelle elencate nell'art. 2 c.1 del DM 21 luglio 2000, n. 278 - Regolamento di attuazione dell'art. 4 della legge 8 marzo 2000 , n. 53 ossia patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
2. Dipendente che assiste una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa, che assuma connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5/2/1992 n. 104, alla quale è stata riconosciuta una percentuale di invalidità pari al 100%, con necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere atti quotidiani della vita, ai sensi di quanto previsto dalla tabella di cui al decreto del Ministro della sanità 5/2/1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26/2/1992;
3. Dipendente con figli conviventi con patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario o con patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui al precedente numero 1 per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.
4. Dipendente con figli conviventi di età inferiore ai 13 anni compiuti, in relazione al numero dei figli e all'età del figlio minore, e qualora il coniuge, dipendente pubblico o privato, non goda di regimi di orario agevolato per lo stesso motivo. Nell'eventualità di 2 o più figli conviventi, ha la precedenza il dipendente con almeno 2 figli entrambi di età inferiore a 6 anni, in relazione all'età del figlio minore. In ogni caso, ha la precedenza, relativamente a questo criterio, la situazione di unico genitore vivente di figlio – convivente con il dipendente richiedente – di età inferiore a 13 anni;
5. Dipendente con familiari conviventi (coniuge, figli o genitori) affetti da patologie oncologiche. Il criterio si riferisce a situazioni (familiare convivente, stati di handicap non grave, ecc.) non comprese nel requisito del punto 2.
6. Dipendente richiedente in situazione di invalidità civile, accertata secondo le modalità vigenti, con una percentuale di invalidità non inferiore al 70%, in relazione alla percentuale.
7. Dipendente con età superiore ai 55 anni.
8. Altre motivazioni.

A fronte di eventuali posti a part time rimasti disponibili dopo le assegnazioni di cui ai punti da 1 a 7, saranno valutate le domande dei dipendenti per i quali non ricorrono le motivazioni suesposte, ma altre ragioni personali che dovranno essere adeguatamente motivate.

E' comunque fatta salva, in aggiunta a quanto sopra indicato, anche in supero, la concessione della trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a part time, ai dipendenti affetti da patologie oncologiche, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, anche a causa degli effetti invalidanti di terapia salvavita, accertata da una commissione medica istituita presso l'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente.

Il presente avviso verrà pubblicato mediante affissione nell'albo aziendale e nel sito istituzionale (www.ulss20.verona.it sezione ACCORDI VERBALI E SINDACALI – Accordi Verbali e Sindacali del Comparto).

La domanda di trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale con allegata altresì la necessaria certificazione, dovrà pervenire al Protocollo Generale dell'Azienda U.L.S.S. 20, Via

Valverde, 42 - Verona **entro e non oltre il 17 OTTOBRE 2014** secondo una delle seguenti modalità:

- consegna a mano direttamente all'Ufficio Protocollo Generale;
- spedizione a mezzo posta raccomandata A.R. (farà fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante).

Le domande e la relativa documentazione allegata saranno valutate da apposita Commissione aziendale.

ULTERIORI INFORMAZIONI

Il part-time è concesso a tempo determinato, per un periodo di tre anni - fatta salva una durata più breve richiesta dall'interessato, nel rispetto del comma 4 dell'art. 24 del CCNL 7/4/99. Per i trienni successivi il dipendente potrà ripresentare la domanda secondo i criteri e le modalità previste dal Regolamento di cui alla deliberazione n. 302/2011.

Il venir meno della causale a fondamento della trasformazione comporterà il ripristino del rapporto a tempo pieno entro 30 giorni ovvero dal primo giorno del mese successivo alla scadenza precisata. Il dipendente è tenuto a comunicare, entro 10 giorni, il venir meno della causa che ha generato il riconoscimento del part time o variazioni dell'attività lavorativa qualora il part time sia stato concesso per lo svolgimento di un'altra attività di lavoro subordinato o autonomo.

Al fine di garantire la funzionalità delle Unità Operative e la gestione efficiente ed efficace delle risorse 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, in caso di accoglimento, possono essere soggetti, nel rispetto della disciplina contrattuale, a procedure di mobilità interna.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Azienda Ulss n. 20, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, nella persona del Direttore Generale, informa che i dati personali ed eventualmente sensibili, raccolti con la domanda di partecipazione all'avviso, saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento delle procedure descritte nell'avviso, finalizzate alla predisposizione della relativa graduatoria, nonché per i controlli, previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà.

I dati saranno trattati dagli incaricati dell'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).

INFORMAZIONI

Per informazioni rivolgersi al Servizio Programmazione e Acquisizione Risorse Umane di questa Azienda U.L.S.S., dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 - e, il lunedì e mercoledì, anche dalle ore 15.00 alle ore 16.30 - Tel 045/8075882-5772-5813.

IL DIRETTORE U.O.C. GESTIONE
RISORSE UMANE
F.to Dott. Laura Bonato

Oggetto: Richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale

Il sottoscritto/a nato/a a
il.....matricola dipendente dell'Azienda ULSS n.20 di Verona, a tempo
indeterminato presso l'U.O. di con profilo
professionale..... recapito telefonico

C H I E D E la trasformazione

del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale per il profilo professionale di
_____ con articolazione oraria _____ presso (sede) _____

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, di :

1. avere grave patologia personale, diversa da quella oncologica, o essere invalido o portatore di handicap
(Allegare certificazione medica recente riferita alla patologia con l'indicazione che si tratta di "grave patologia" o indicare se l'Amministrazione ne è già in possesso. La certificazione deve essere rilasciata dal medico specialista o da una commissione medica competente)

2. assistere la seguente persona **convivente** con inabilità lavorativa totale o permanente al 100% che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere atti quotidiani della vita
Cognome e Nome nato/a il..... a
Residente a via..... n.....
Grado di parentela.....
(Allegare copia dell'attestazione più recente della Commissione medica/invalidità civile)
 Dichiara inoltre che la suddetta persona è **convivente**

3. avere figlio/i convivente/i con patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del dipendente nel trattamento sanitario o con patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di grave patologia per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.
(Allegare certificazione medica recente riferita alla patologia con l'indicazione che si tratta di "grave patologia". La certificazione deve essere rilasciata dal medico specialista o da una commissione medica competente)

4. avere figlio/i **convivente/i** di età inferiore agli anni 13 compiuti
Indicare il numero dei figli:
Cognome e Nome.....Data di nascita.....
Cognome e Nome.....Data di nascita.....

Cognome e Nome.....Data di nascita.....

Dichiaro inoltre di essere unico genitore vivente di figlio convivente

5. avere familiari **conviventi** (coniuge, figli o genitori) affetti da patologie oncologiche. Il criterio si riferisce a situazioni (familiare convivente, stati di handicap non grave, ecc.) non comprese nel requisito del punto 2.

Cognome e Nome nato/a il..... a

Residente a via..... n.....

Grado di parentela.....

Cognome e Nome nato/a il..... a

Residente a via..... n.....

Grado di parentela.....

(Allegare certificazione medica recente)

Dichiaro inoltre che la/e suddetta/e persona/e è/sono **convivente/i**

6. avere una situazione di invalidità civile con una percentuale non inferiore al 70%, accertata secondo le modalità vigenti.

(Allegare certificazione medica/invalidità civile recente)

7. avere almeno 55 anni di età compiuti alla data della scadenza del presente avviso.

8. altro _____

(Allegare la relativa documentazione)

Il/la sottoscritto/a è consapevole che nel caso l'Amministrazione riscontrasse, a seguito di controlli, la non veridicità di quanto dichiarato:

- saranno applicate le sanzioni, previste dal D.P.R. 445/2000;
- non sarà dato corso all'eventuale trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale.

Acconsento all'utilizzo dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003.

Allego copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità

data.....

IL/LA DICHIARANTE