

**DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO
DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**

Al Dirigente del Settore
Affari Generali, Risorse Umane,
Contratti e Appalti

Il/La sottoscritta.....
nato/a a.....il
e residente a
in Via/Piazza.....
in servizio presso il Comune di Treviso a decorrere dal.....
area: ☐ Funzionari ed E.Q., ☐ Istruttori, ☐ Operatori esperti
profilo professionale.....

CHIEDE

di poter trasformare il proprio rapporto di lavoro a tempo parziale
orizzontale/verticale/misto (*cancellare la voce che non interessa*) in una delle
seguenti fasce, previste dall'art. 3 del Regolamento per la gestione del part time:

- | | |
|---|---|
| ☐ 18 ore settimanali | ☐ 27 ore settimanali |
| ☐ 21 ore settimanali | ☐ 30 ore settimanali |
| ☐ 24 ore settimanali | ☐ 33 ore settimanali |

con la seguente articolazione oraria:

.....

e con la seguente decorrenza: ☐ 1 gennaio ☐ 1 luglio
per il periodo: ☐ 1 anno ☐ ____ mesi

PRECISA

☐ che non intende intraprendere altra attività lavorativa;

(*oppure*)

☐ che vuole espletare la seguente attività di lavoro subordinato/autonomo (indicare gli
elementi caratterizzanti l'attività, quali tempi, luogo di svolgimento, soggetto nei cui confronti l'attività,
se subordinata, viene svolta, compensi etc.)

.....

.....

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

☐ di essere in possesso, in conformità a quanto previsto dall'art. 11 del Regolamento per la gestione del part time, nonché dall'art. 53, comma 9, del C.C.N.L. Funzioni Locali del 21.5.2018, nell'ordine, dei seguenti titoli di precedenza:

- a) essere dipendente che si trova nelle condizioni previste dall'articolo 8, commi 4 e 5, del D. Lgs. n. 15.6.2015, n.81; (*)
- b) essere dipendente portatore di handicap o in particolari condizioni psicofisiche;
- c) essere dipendente che rientra dal congedo di maternità o paternità;
- d) essere dipendente con documentata necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione a tempo pieno;
- e) essere dipendente con necessità di assistere i genitori, il coniuge o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi senza possibilità alternativa di assistenza, che accedono a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendenti;
- f) essere genitore di nr. _____ figli minori;
- g) essere lavoratore con rapporto di lavoro a tempo parziale stabilizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

(*) D.Lgs. 15.06.2015, n. 81, art. 8.

comma 4. "... patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti riguardanti il coniuge, la parte di un'unione civile di cui all'articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n.76 o il convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della medesima legge, i figli o i genitori del lavoratore o della lavoratrice, nonché nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita...";

comma 5. Lavoratore o lavoratrice "con figlio convivente di età non superiore a tredici anni o con figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 104 del 1992 ..."

N.B. Nel caso di stati di fatto non risultanti da pubblici registri, la domanda di trasformazione va corredata da idonea documentazione atta a comprovare quanto dichiarato.

In fede.

Data.....

Firma.....

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE DI ASSEGNAZIONE

.....
.....
.....
.....