

REPUBBLICA DI SAN MARINO ISS ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE	AMMINISTRAZIONE - AREA RISORSE UMANE UFFICIO PERSONALE E LIBERE PROFESSIONI
DIPENDENTI I.S.S. - DOMANDA PART-TIME POST-PARTUM/ADOZIONE/AFFIDAMENTO (Legge 129/2022 art. 32)	

Tariffa per diritto di pratica Avviata in forma analogica €. 20,00 Avviata in forma elettronica €. 10,00 (Vedi ord. 1/2022 C. d. S.)
--

San Marino, lì _____ Preg.mi:

☐ **Direttore UOC** _____
 ☐ **Responsabile UOS** _____
☐ **Caposala/Referente** _____
 ☐ **Coordinatore del Personale delle Professioni Infermieristiche Tecniche e Socio Sanitarie** _____

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. I.S.S. _____
 dipendente I.S.S. con la qualifica di " _____ " occupato/a presso _____

chiede la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a:
tempo parziale ☐ **18 ore settimanali;** ☐ **24 ore settimanali;** ☐ **30 ore settimanali;**
Post-partum (Legge n. 129/2022 art. 32).

dal _____ al _____ .

Per quanto concerne la richiesta di Part-time Post-partum, Post-adozione, Post affidamento, deve essere esibita autocertificazione di nascita del bambino con relativa maternità e paternità, in caso di adozione/affidamento relativa documentazione attestante la data d'ingresso in famiglia e la dichiarazione del datore di lavoro con cui si attesta che l'altro genitore non stia usufruendo di congedo parentale Post-partum, Part-time Post-partum/adozione/affidamento previsti dalla legge 129/2022. La domanda di Part-time Post-partum/adozione/affidamento può essere effettuata entro e fino al terzo anno di età del bambino o fino a tre anni dall'ingresso in famiglia del bambino.

Qualora venissero a mancare le motivazioni che hanno indotto ad inoltrare la richiesta di Part-time Post-partum/adozione/affidamento, è possibile presentare domanda formale di ripristino dell'orario a tempo pieno.

Si fa presente che tutte le richieste di riduzione dell'orario di lavoro, corredate di ricevuta di pagamento in applicazione dell'ordinanza C.d.S. 1/2022, vanno presentate 60 giorni prima della prevista riduzione dell'orario di lavoro, che sarà concordato con il Dirigente del Servizio.

Recapito Telefonico dipendente _____ Il/La dipendente _____

RISERVATO AL DIRETTORE UOC, RESPONSABILE UOS, CAPOSALA, COORDINATORE PPITSS					
Vista la richiesta del/della dipendente _____ considerate le esigenze di servizio, ☐ si autorizza ☐ non si autorizza Si definisce l'articolazione settimanale dell'orario come di seguito:					
Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Mat. _____	Mat. _____	Mat. _____	Mat. _____	Mat. _____	Mat. _____
Pom. _____	Pom. _____	Pom. _____	Pom. _____	Pom. _____	Pom. _____
Data _____ Timbro _____ Firma _____					