

**DIPENDENTI I.S.S. - DOMANDA DI PART-TIME
PER MOTIVI PERSONALI**

San Marino, li _____ 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
presso _____ .

chiede la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a:

18 ore settimanali (Legge n. 138/1987 e Accordi attuativi P.A.-OO.SS del 30/08/1990, 05/12/1994, 24/11/2005,
13/06/2012) dal _____ al _____ ;

24 ore settimanali (Legge n. 138/1987 e Accordi attuativi P.A.-OO.SS del 30/08/1990, 05/12/1994, 24/11/2005,
13/06/2012) dal _____ al _____ ;

30 ore settimanali (Legge n. 138/1987 e Accordi attuativi P.A.-OO.SS del 30/08/1990, 05/12/1994, 24/11/2005,
13/06/2012) dal _____ al _____ ;

Si fa presente che tutte le richieste di riduzione dell'orario di lavoro, corredata di ricevuta di pagamento in
applicazione dell'ordinanza 1/2022 C.d.S., vanno presentate 60 giorni prima della prevista riduzione dell'orario di
lavoro, che sarà concordato, in seguito, 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. _____					
Pom. _____					

Si dichiara che, a norma della Legge n. 138/1987 e dei successivi Accordi PA/OOSS, non sarà richiesta la
sostituzione a completamento dell'orario.

Data _____ Timbro _____ Firma _____

**IL PRESENTE MODULO E' DA RITORNARE ALL'UFFICIO DEL PERSONALE E LIBERA PROFESSIONE
per il seguito di competenze (Commissione Consultiva di Pubblico Impiego)**

Data _____ Timbro _____