

|                                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>REPUBBLICA DI SAN MARINO</b><br><div style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">ISS</div> ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE | AMMINISTRAZIONE - AREA RISORSE UMANE<br>UFFICIO PERSONALE E LIBERE PROFESSIONI | <b>Tariffa per diritto di pratica</b><br>Avviata in forma analogica<br><div style="text-align: center;">€. 20,00</div> Avviata in forma elettronica<br><div style="text-align: center;">€. 10,00</div> (Vedi ord. 1/2022 C. d. S.) |
| <b>DIPENDENTI I.S.S. - DOMANDA PROROGA<br/>         PART-TIME POST-PARTUM/ADOZIONE/AFFIDAMENTO</b><br>(Legge 129/2022 art. 32)                     |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                    |

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 proroga della trasformazione del rapporto di lavoro 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, <input type="checkbox"/> si autorizza <input type="checkbox"/> non si autorizza<br>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 _____                                                                                                                                                                                                         |            |            |            |            |            |