



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

---

**BANDO PER TRASFORMAZIONE  
CONTRATTI DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO  
PARZIALE VERTICALE/ORIZZONTALE  
Per *personale del comparto sanità*  
che abbia già superato il periodo di prova.**

Il personale di ruolo del comparto sanità, che desidera presentare **domanda di passaggio da rapporto di lavoro a tempo pieno a rapporto di lavoro a tempo parziale** può scaricare il modulo pertinente di seguito allegato: A) o B) e consegnarlo (o spedirlo) debitamente compilato all'**UFFICIO PROTOCOLLO - Via Vida 10, Alba**

entro e non oltre le **ore 12 del 30/04/2017**

Le domande saranno oggetto di valutazione per la relativa graduatoria, come da articolo 5 del Regolamento Aziendale del part time approvato nel corso della contrattazione sindacale del 27 marzo 2017.

S'informa inoltre che:

- a) Il rapporto di lavoro a tempo parziale sarà concesso nella misura della riduzione al 50% ma, potranno essere valutate altre percentuali richieste dal lavoratore che saranno concesse laddove i competenti organismi aziendali le valutino compatibili con l'organizzazione e le esigenze aziendali;
- b) La tipologia del rapporto di lavoro PT deve essere concordata tra Azienda e lavoratore, favorendo quella del PT verticale per i lavoratori turnisti;
- c) La concessione del PT in tutte le percentuali ai Coordinatori e ai titolari di posizioni organizzative potrà avvenire laddove i competenti organismi aziendali le valutino compatibili con l'organizzazione e le esigenze aziendali.

Alba, 29 marzo 2017

**IL DIRETTORE S.C.  
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE  
E SVILUPPO RISORSE UMANE  
Franco CANE**



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

**A) MODULO RICHIESTA DI PART-TIME SANITARI/OSS**

A Direttore Generale A.S.L. CN2 Alba – Bra  
**Dott. Danilo BONO**

Direttore S.C. Amm.ne del Personale  
e Sviluppo Risorse Umane  
**Dott. Franco CANE**

Direttore Direzione delle Professioni Sanitarie  
**Dott.ssa Maria Gabriella BROCIERO**

Direttore S.C. \_\_\_\_\_

Coordinatore Inf/Tec S.C. \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Richiesta di part-time**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telef. \_\_\_\_\_ in servizio presso l'A.S.L. CN2 Alba Bra dal \_\_\_\_\_

nella posizione funzionale di \_\_\_\_\_ porge

cortese domanda al fine di ottenere il passaggio dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello

a tempo parziale di tipo  Verticale  Orizzontale al \_\_\_\_\_%

dal lunedì al venerdì

dal lunedì al sabato

in altri giorni (indicare quali) .....

indifferentemente sui 7 giorni settimanali in base alla programmazione mensile della S.C.

con il seguente orario .....e si dichiara  
disponibile ad effettuare turni di reperibilità proporzionati alla percentuale di lavoro part-  
time possibilmente con decorrenza dal mese di .....anno .....

**La Direzione Sanitaria ricorda che per particolari esigenze di servizio anche il personale  
dipendente operante a tempo parziale è tenuto a dare disponibilità per la copertura di turni  
con orario diverso da quello richiesto e autorizzato.**

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:**

che usufruisce dei benefici della Legge 104/92 per sé medesimo;

che ha n° \_\_\_\_\_ figlio/i: ( indicare cognome nome e data di nascita ) \_\_\_\_\_

che assiste familiare portatore di handicap (requisiti Legge 104/92) o invalido al 100% (con  
certificato dell'Ente competente) e dichiara di essere l'unico familiare in grado di prestare  
assistenza e di prestare assistenza esclusiva;

che è lavoratore portatore di handicap grave o di invalidità civile non inferiore al 60% o  
affetto da grave patologia che richiede terapia salvavita opportunamente documentate;

che non intende intraprendere altra attività lavorativa;



**A.S.L. CN2**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra*

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslc2@legalmail.it](mailto:aslc2@legalmail.it) – [www.aslc2.it](http://www.aslc2.it)

---

che **vuole** espletare la seguente attività di lavoro subordinato (oppure autonomo), non in conflitto con le attività dell'Amministrazione di appartenenza: \_\_\_\_\_

**Data** .....

**Firma** .....



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

**B) MODULO RICHIESTA DI PART-TIME AMMINISTRATIVI/ALTRO PERSONALE**

A Direttore Generale A.S.L. CN2 Alba – Bra  
**Dott. Danilo BONO**

Direttore S.C. Amm.ne del Personale  
e Sviluppo Risorse Umane  
**Dott. Franco CANE**

Direttore S.C. \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Richiesta di part-time**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telef. \_\_\_\_\_ in servizio presso l’A.S.L. CN2 Alba Bra dal \_\_\_\_\_

nella posizione funzionale di \_\_\_\_\_ porge

cortese domanda al fine di ottenere il passaggio dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello

a tempo parziale di tipo |\_\_| Verticale |\_\_| Orizzontale al \_\_\_\_\_%

|\_\_| dal lunedì al venerdì

|\_\_| dal lunedì al sabato

|\_\_| in altri giorni (indicare quali) .....

|\_\_| indifferentemente sui 7 giorni settimanali in base alla programmazione mensile della S.C.

con il seguente orario ..... possibilmente

con decorrenza dal mese di .....anno .....

**L’Amministrazione ricorda che per particolari esigenze di servizio anche il personale dipendente operante a tempo parziale è tenuto a dare disponibilità per la copertura di orario diverso da quello richiesto e autorizzato.**

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:**

che usufruisce dei benefici della Legge 104/92 per sé medesimo;

che ha n° \_\_\_\_ figlio/i: ( indicare cognome nome e data di nascita ) \_\_\_\_\_

che assiste familiare portatore di handicap (requisiti Legge 104/92) o invalido al 100% (con certificato dell’Ente competente) e dichiara di essere l’unico familiare in grado di prestare assistenza e di prestare assistenza esclusiva;

che è lavoratore portatore di handicap grave o di invalidità civile non inferiore al 60% o affetto da grave patologia che richiede terapia salvavita opportunamente documentate;

che non intende intraprendere altra attività lavorativa;

che vuole espletare la seguente attività di lavoro subordinato (oppure autonomo), non in conflitto con le attività dell’Amministrazione di appartenenza: \_\_\_\_\_

Data .....

Firma .....