

ALLEGATO A

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

AI RESPONSABILE
del Settore
SEDE

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a.....il
e residente a
in Via/Piazza.....
in servizio presso il Comune di Soverato a decorrere dal.....
Categoria.....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. 5 del Regolamento per la gestione del part time:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> 18 ore settimanali | <input type="radio"/> 27 ore settimanali |
| <input type="radio"/> 21 ore settimanali | <input type="radio"/> 30 ore settimanali |
| <input type="radio"/> 24 ore settimanali | |

con la seguente articolazione:

.....

e con la seguente decorrenza (art. 4 Regolamento)

1 febbraio
1 agosto

PRECISA

O che non intende intraprendere altra attività lavorativa;
(oppure)

O 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

O di essere in possesso, in conformità a quanto previsto dall'art. 3 del Regolamento per la gestione del part time, nonché dall'art. 4, comma 12, del C.C.N.L. del 14.9.2000, nell'ordine, dei seguenti titoli di precedenza:

.....
.....

In fede.

Data..... Firma.....

PARERE DEL RESPONSABILE DEL SETTORE DI ASSEGNAZIONE

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