

Ricordiamo a **tutti i colleghi in uscita al 30 giugno 2021** che l'Accordo firmato in data 29 dicembre 2020 relativo al Piano di Uscite volontarie 2021-22 prevede la **possibilità, per i colleghi a part-time, di richiedere il ripristino del rapporto di lavoro a full time per l'ultimo mese intero precedente le dimissioni.**

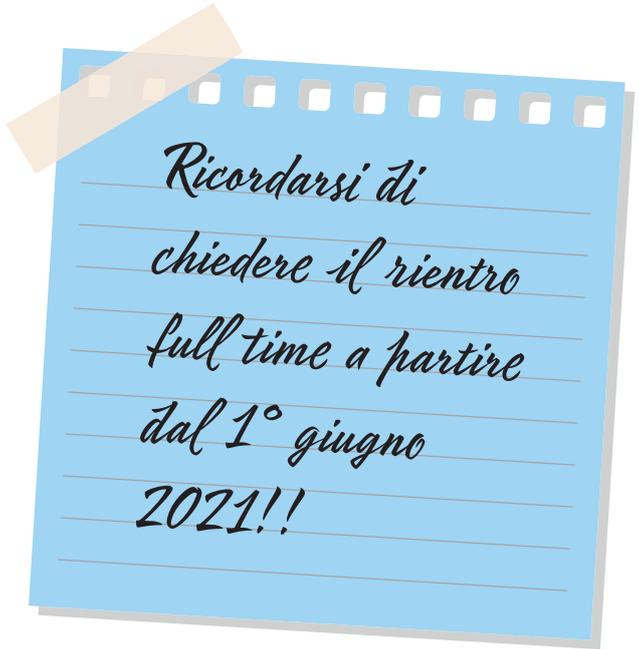
(articolo 6 punto 7 dell'Accordo)

Quindi, ricordiamo a tutti i colleghi interessati che devono mandare il modulo allegato, (anticipandolo via mail al proprio Gestore Risorse) **quanto prima** avendo cura di segnare come data di ripristino dell'orario full time 1° giugno 2021.

Non è necessario richiedere l'autorizzazione del Responsabile visto quanto stabilito dall'Accordo stesso.

La stessa facoltà sarà concessa ai colleghi in uscita il 31 dicembre 2021 (con rientro a full time a far data dal 1° dicembre 2021).

Per dubbi o richieste di chiarimenti, contattate pure il vostro referente sindacale.

A blue notepad with a white border and a hole punch at the top. The text is written in a cursive script. The note is pinned to the background with a light brown paper tab at the top left.

*Ricordarsi di  
chiedere il rientro  
full time a partire  
dal 1° giugno  
2021!!*

**CONTRATTO A TEMPO PARZIALE (Rete)**  Azienda \_\_\_\_\_

**IN SCADENZA IL :** \_\_\_\_\_

<i>Io sottoscritto/o</i>		<i>Matricola</i>	
<i>Residente in</i>		<i>Età</i>	
<i>Mansione</i>		<i>Grado</i>	
<i>Agenzia / U.O.</i>		<i>N. ore settimanali</i>	

CON DECORRENZA \_\_\_\_\_ CHIEDO:

- IL RIENTRO A TEMPO PIENO
- IL RINNOVO ANNUALE
- L'ATTIVAZIONE (NUOVO PART TIME)
- LA MODIFICA

DEL CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI E ALLE SEGUENTI CONDIZIONI (BARRARE LA/E FATTISPECIE DI INTERESSE) :

- 1) lavoratori affetti da patologie oncologiche nonché da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, eventualmente anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, accertata da una commissione medica istituita presso l'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente;
- 2) per una sola volta, ad evento, in luogo del congedo parentale od entro i limiti del congedo ancora spettante ai sensi del Capo V del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, purché con una riduzione d'orario non superiore al 50 per cento;
- 3) lavoratori con figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 5.2.1992, n. 104.

1) ai sensi di legge, in caso di patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti riguardanti il coniuge o soggetto equiparato ex lege, i figli o i genitori del lavoratore o della lavoratrice	punteggio 10
2) ai sensi di legge, nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista un congiunto con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.	punteggio 10
3) ai sensi di legge, in caso di richiesta del lavoratore o della lavoratrice, con figlio convivente di età non superiore a tredici anni	punteggio 10
4) lavoratori portatori di handicap con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104	punteggio 10
5) lavoratrice/lavoratore il cui coniuge, figlia o genitore sia una donna vittima di molestie o violenze di genere	punteggio 10
6) altri problemi di salute del dipendente	punteggio 9
7) assistenza ad altro familiare convivente e non, con gravi e comprovate ragioni di salute	punteggio 7
8) DSA in figlio di età superiore ai 13 anni;	Punteggio 5
9) frequenza a corsi di studio legalmente riconosciuti	punteggio 3
10) altri motivi, a titolo esemplificativo e non esaustivo : genitore unico affidatario di figli di età compresa fra 13 e 18 anni; presenza nel nucleo familiare di figli di età superiore ai 13 anni ma minore di 18; motivi personali. <b>Altre motivazioni:</b> _____ _____	punteggio 2

**TUTTE LE CAUSALI DI RICHIESTA INDICATE NELLA DOMANDA DOVRANNO ESSERE ADEGUATAMENTE DOCUMENTATE.**

*(laddove si tratti di problemi di salute propri o di assistito con presentazione di certificazione medica rilasciata da ente pubblico a ciò deputato, ovvero, ove non vengano rilasciate certificazioni da parte di ente pubblico, con presentazione rilasciata da medico specialista)*

TIPOLOGIA	Ore settimanali previste (scegliere l'opzione)							
	Orizzontale		20,00	22,30	25,00		30,00	32,30
Misto			22,30	25,00	27,30	30,00	32,30	...
Verticale	15,00	20,00	22,30	24,00		30,00		...

(la deroga all'orario massimo di 32 ore e 30 minuti deve essere concordata con il Gestore delle Risorse)

GIORNO	Orario ingresso	Orario uscita	Pausa pranzo	
LUNEDÌ			SI*	NO
MARTEDÌ			SI*	NO
MERCOLEDÌ			SI*	NO
GIOVEDÌ			SI*	NO
VENERDÌ			SI*	NO

(completare con l'orario di lavoro richiesto)

\*indicare orario pausa pranzo della filiale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO AL RESPONSABILE DELLA FILIALE/U.O. (cod. u.o.): _____		
Orario di apertura al pubblico	Viene rispettato il regolamento di sicurezza?	Inoltrata con parere favorevole
	SI NO	SI NO

Osservazioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO ALLA GESTIONE DEL PERSONALE					
A cura del Gestore di riferimento	Legge 104/92	Residuo banca ore	Parere favorevole	Data ricezione	Punteggio
	SI NO	N° _____	SI NO		
	Osservazioni: _____ _____				

Ulteriori osservazioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CONTRATTO A TEMPO PARZIALE** (Sede)  Azienda \_\_\_\_\_

**IN SCADENZA IL :** \_\_\_\_\_

**ORARIO NORMALE**  **TURNI**

<i>Io sottoscritto/a</i>		<i>Matricola</i>	
<i>Residente in</i>		<i>Età</i>	
<i>Mansione</i>		<i>Grado</i>	
<i>Agenzia / U.O.</i>		<i>N. ore settimanali</i>	

CON DECORRENZA \_\_\_\_\_ CHIEDO:

- IL RIENTRO A TEMPO PIENO
- IL RINNOVO ANNUALE
- L'ATTIVAZIONE (NUOVO PART TIME)
- LA MODIFICA

DEL CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI E ALLE SEGUENTI CONDIZIONI (BARRARE LA/E FATTISPECIE DI INTERESSE) :

- 1) lavoratori affetti da patologie oncologiche nonché da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, eventualmente anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, accertata da una commissione medica istituita presso l'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente;
- 2) per una sola volta, ad evento, in luogo del congedo parentale od entro i limiti del congedo ancora spettante ai sensi del Capo V del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, purché con una riduzione d'orario non superiore al 50 per cento;
- 3) lavoratori con figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 5.2.1992, n. 104.

1)	ai sensi di legge, in caso di patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti riguardanti il coniuge o soggetto equiparato ex lege, i figli o i genitori del lavoratore o della lavoratrice	punteggio 10
2)	ai sensi di legge, nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista un congiunto con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.	punteggio 10
3)	ai sensi di legge, in caso di richiesta del lavoratore o della lavoratrice, con figlio convivente di età non superiore a tredici anni	punteggio 10
4)	lavoratori portatori di handicap con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104	punteggio 10
5)	lavoratrice/lavoratore il cui coniuge, figlia o genitore sia una donna vittima di molestie o violenze di genere	punteggio 10
6)	altri problemi di salute del dipendente	punteggio 9
7)	assistenza ad altro familiare convivente e non, con gravi e comprovate ragioni di salute	punteggio 7
8)	DSA in figlio di età superiore ai 13 anni;	Punteggio 5
9)	frequenza a corsi di studio legalmente riconosciuti	punteggio 3
10)	altri motivi, a titolo esemplificativo e non esaustivo : genitore unico affidatario di figli di età compresa fra 13 e 18 anni; presenza nel nucleo familiare di figli di età superiore ai 13 anni ma minore di 18; motivi personali. <b>Altre motivazioni:</b> _____ _____	punteggio 2

**TUTTE LE CAUSALI DI RICHIESTA INDICATE NELLA DOMANDA DOVRANNO ESSERE ADEGUATAMENTE DOCUMENTATE.**

*(laddove si tratti di problemi di salute propri o di assistito con presentazione di certificazione medica rilasciata da ente pubblico a ciò deputato, ovvero, ove non vengano rilasciate certificazioni da parte di ente pubblico, con presentazione rilasciata da medico specialista)*

TIPOLOGIA	Ore settimanali previste (scegliere l'opzione)							
Orizzontale		20,00	22,30	25,00		30,00	32,30	...
Misto			22,30	25,00	27,30	30,00	32,30	...
Verticale	15,00	20,00	22,30	24,00		30,00		...

(la deroga all'orario massimo di 32 ore e 30 minuti deve essere concordata con il Gestore delle Risorse )

Da compilare solo da parte dei lavoratori che non operano su turni

GIORNO	Orario ingresso	Orario uscita	Durata pausa pranzo (la durata deve essere uguale per tutti i giorni della settimana)			
LUNEDÌ			30 min.	45 min.	60 min.	Non prevista*
MARTEDÌ			30 min.	45 min.	60 min.	Non prevista*
MERCOLEDÌ			30 min.	45 min.	60 min.	Non prevista*
GIOVEDÌ			30 min.	45 min.	60 min.	Non prevista*
VENERDÌ			30 min.	45 min.	60 min.	Non prevista*

(completare con l'orario di lavoro richiesto)

\*Si intende che per part time di durata giornaliera fino a 6 ore continuative, la pausa può essere fruita al termine dell'orario di lavoro.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO AL RESPONSABILE DELLA U.O. (cod. u.o.): _____			
Orario di apertura al pubblico	Viene rispettato il regolamento di sicurezza?	Inoltrata con parere favorevole	
	SI NO	SI	NO

Osservazioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO ALLA GESTIONE DEL PERSONALE					
A cura del Gestore di riferimento	Legge 104/92	Residuo banca ore	Parere favorevole	Data ricezione	Punteggio
	SI NO	N° _____	SI NO		
	Osservazioni: _____ _____				

Ulteriori osservazioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_