

Bergamo, - 4 GIU. 2015

AVVISO

ACCESSO AL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE DEL PERSONALE DEL COMPARTO, IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO L'AZIENDA.

I dipendenti interessati al rapporto di lavoro a tempo parziale dovranno presentare domanda sull'apposito modulo, di cui al fac-simile allegato, completo dei dati richiesti e corredata dalla fotocopia di un documento di identità non scaduto del dichiarante, all'Ufficio Protocollo dell'A.O. **entro il 30.06.2015**. Tale termine è perentorio. Per le domande inoltrate a mezzo del servizio postale, la data di spedizione è comprovata dal timbro a data dell'Ufficio postale accettante. In quest'ultimo caso si considereranno comunque pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate al servizio postale in tempo utile e recapitate a questa Azienda Ospedaliera oltre cinque giorni dal termine di scadenza.

In esecuzione del regolamento si precisa quanto segue:

A) Soggetti aventi diritto

Personale dipendente a tempo indeterminato alla data di scadenza del presente avviso con situazione di gravi motivi personali o familiari come indicati alla successiva lettera E).

B) Tipologie

Sono previste le seguenti tipologie di part-time:

- 50% della prestazione a tempo pieno, pari a 18 ore settimanali;
- 75% della prestazione a tempo pieno, pari a 27 ore settimanali.

Tali tipologie possono essere utilizzate sia nella forma del tempo parziale orizzontale, che in quella del tempo parziale verticale, con eventuale combinazione delle due modalità e fatto salvo il disposto dell'Art. 24 commi 2 e 3 CCNL 7.04.1999, Art.1 e 2 del D.Lgs. 25.2.2000 n° 61.

C) Durata

annuale (dal 1° gennaio 2016 al 31 dicembre 2016, salvo anticipata conclusione per il venir meno dei gravi motivi che hanno giustificato la concessione).



D) Criteri di contingentamento:

Il limite percentuale è attualmente fissato al 25% della dotazione organica dei contingenti delle categorie, da ripartire tra i profili.

Qualora il 25% previsto nella categoria fosse esaurito, si dà attuazione all'Accordo Nazionale 7.4.99, art. 23 comma 10, incrementando in presenza di particolari situazioni organizzative o gravi, documentate situazioni familiari il suddetto limite di un ulteriore 10%.

E) Criteri di valutazione dei gravi motivi:

SITUAZIONE DEL DIPENDENTE

- disabilità personale riconosciuta non inferiore al 33%;
- trovarsi in una grave debilitazione psicofisica in attesa della certificazione (da documentare)

SITUAZIONE DEI FAMILIARI

- avere coniuge, parenti e affini fino al 2° grado o conviventi, come risultanti dalla dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia, portatori di handicap riconosciuto o d'invalidità riconosciuta uguale o superiore al 33% o in attesa del riconoscimento dell'invalidità (l'istanza opportunamente documentata)

Se il parente o l'affine non è convivente:

- nel caso in cui la distanza fra l'abitazione del richiedente e la persona da assistere comporti **non più di sessanta minuti** di tempo di percorrenza il richiedente deve dichiarare di prestare assistenza in maniera sistematica ed adeguata;
- nel caso in cui la distanza fra l'abitazione del richiedente e la persona da assistere comporti **più di sessanta minuti** di tempo di percorrenza il richiedente deve dichiarare di prestare assistenza in maniera sistematica ed adeguata allegando il "programma di assistenza".

SITUAZIONE DEI FIGLI

- avere figli di età inferiore ai 14 anni al 31.12.2015, si terrà conto della fascia d'età dei figli;

Si precisa inoltre che l'assenza di uno dei genitori per "vedovanza o altro" dovrà essere documentata dal richiedente mediante la presentazione della dichiarazione sostitutiva, ex art. 46 DPR 445/2000, del certificato dello stato di famiglia e della condizione di affidatario esclusivo dei figli.

N.B.: In relazione a tutto quanto sopra si sottolinea la necessità di produrre adeguata documentazione, anche autocertificata, giustificativa della richiesta.

I titoli di precedenza dovranno essere documentalmente provati; l'Amministrazione si riserva ogni controllo in merito alla regolarità dei documenti prodotti.

F) Procedimento d'accesso

La validità delle domande è limitata a ciascun avviso. Nella comunicazione al dipendente ammesso al rapporto di lavoro a tempo parziale sarà precisata, compatibilmente con le esigenze di servizio, la decorrenza e la struttura di assegnazione.

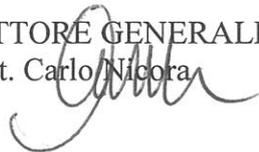
La prestazione lavorativa dovrà essere concordata tra le parti:

- a) la percentuale della prestazione lavorativa (50% o 75%);
- b) la tipologia di lavoro part time (orizzontale o verticale);
- c) l'orario o gli orari di lavoro individuati nell'ambito di quelli definiti per la copertura del servizio.

Il presente avviso è bandito per l'anno 2016 sulla base dell'accordo sulla regolamentazione per l'accesso al rapporto di lavoro, siglato in data 10 luglio 2014 dalla Direzione aziendale, dalle R.S.U. e dalle OO.SS. del Comparto e recepito con delibera n. 1178 del 17.7.2014.

Per eventuali chiarimenti, gli aspiranti potranno rivolgersi all'U.S.S. Acquisizione e gestione del personale – tel. 035/267.3892 – di questa Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII – Piazza Oms, 1 24127 Bergamo, dal lunedì al giovedì dalle ore 11.00 alle ore 12.30 e dalle 14.30 alle ore 15.30 ed il venerdì dalle ore 11.00 alle ore 12.30.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Carlo Nicora



USC Politiche e gestione del personale
USS Acquisizione e gestione del personale
Il Responsabile del Procedimento: dr.ssa Giuliana Bertocchi
Pratica trattata da: Giacomina Valenti tel.035.2673892



Visto – procedere Direttore USC Politiche e gestione del personale dr Santo Radici
Visto – procedere Direttore Dipartimento amministrativo dr.ssa Mariagiulia Vitalini
Visto – procedere Direttore sanitario dr. Peter Assenbergs



Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Piazza OMS, 1
24127 Bergamo

Oggetto: domanda d'ammissione a rapporto di lavoro a tempo parziale per l'anno 2016

Io sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il
_____ dipendente dell'Azienda Ospedaliera nel prof. professionale di
_____ a tempo indeterminato pieno presso
_____ con la matricola n. _____, avendo superato
il periodo di prova ed in conformità al vigente regolamento aziendale in materia,

c h i e d o

di essere ammess_ a partecipare al bando interno (con scadenza 30.6.2015) per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale:

50% orizzontale / verticale

75% orizzontale / verticale

A tal fine, valendomi della facoltà concessa dagli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza che:

- in caso di dichiarazioni mendaci saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000);
- in caso di dichiarazioni non veritiere, è prevista la decadenza dal beneficio eventualmente conseguito (art. 75 D.P.R. 445/2000);

DICHIARO

- che agli effetti del citato regolamento aziendale, l'istanza viene presentata limitatamente ai **gravi motivi** e precisamente per: _____

a tal fine allego: _____



- che le copie dei documenti che ho prodotto per partecipare alla procedura sono conformi all'originale in mio possesso, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000, e che le notizie in essi contenute sono a tutt'oggi conformi al vero.
- che lo stato di famiglia è composto, oltre che da se stesso, dalle seguenti persone:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto col dichiarante

Distinti saluti

Bergamo, _____

(firma leggibile)

**Per presa visione
IL COORDINATORE**

Ogni comunicazione dovrà essere inviata:

Struttura di appartenenza : _____

Indirizzo di Via _____ Città _____ CAP _____

* la firma non deve essere autenticata. A pena di esclusione dovrà essere allegata la **fotocopia non autenticata di un documento di identità** non scaduto del dichiarante.

DICHIARAZIONE

Io sottoscritt_ _____
nat_ a _____ il _____

valendomi della facoltà concessa dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza che:

- in caso di dichiarazioni mendaci saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000);
- in caso di dichiarazioni non veritiere, è prevista la decadenza dal beneficio eventualmente conseguito (art. 75 D.P.R. 445/2000);

dichiaro

di assistere il sig./la sig.a _____ grado di parentela (figlio, madre, ecc....) _____ residente a _____ in via _____, e che nessuno usufruisce dei benefici della Legge 104/1992 in relazione all'assistenza della persona.

Bergamo, _____

(firma leggibile)



DICHIARAZIONE

Io sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il _____

valendomi della facoltà concessa dagli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza che:

- in caso di dichiarazioni mendaci saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000);
- in caso di dichiarazioni non veritiere, è prevista la decadenza dal beneficio eventualmente conseguito (art. 75 D.P.R. 445/2000);

dichiaro

che il mio coniuge/convivente sig. _____ svolge attività lavorativa

- a tempo parziale
- a tempo pieno
- è stabilmente assente per attività lavorativa

da documentare con certificato del datore di lavoro.

Bergamo, _____

(firma leggibile)

Allegati: certificato del datore di lavoro.

Lu