



Bergamo, 23 LUG, 2019

AVVISO

PER L'ACCESSO AL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE PERSONALE DEL COMPARTO A TEMPO INDETERMINATO PER L'ANNO 2020

SCADENZA 31.8.2019

In esecuzione del regolamento sui rapporti di lavoro a tempo parziale per il personale del comparto, allegato all'intesa sottoscritta tra l'Azienda, la RSU e le OO.SS. del comparto in data 9.7.2019 e approvato con deliberazione n. 1288 del 18.7.2019 viene emanato avviso per optare per il passaggio del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

1) 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.

2) SOGGETTI AVENTI DIRITTO

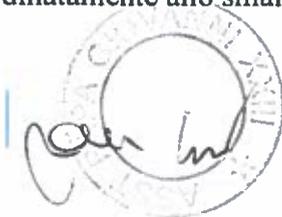
Hanno diritto a presentare la domanda i dipendenti del comparto a tempo indeterminato, che abbiano superato il periodo di prova alla data di scadenza del presente avviso. Ai sensi dell'art. 19 comma 1 del CCNL 21.05.2018 il rapporto di lavoro a tempo parziale non è conferibile ai titolari di incarichi di funzione di valore economico superiore a € 3.227,85.

3) DECORRENZA

Le trasformazioni del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale decorreranno, di norma, dal 1.1.2020 e termineranno il 31.12.2020.

Le ferie maturate precedentemente alla trasformazione devono essere fruita prima dell'inizio del nuovo rapporto di lavoro.

Il tempo parziale viene revocato nel caso vengano meno le condizioni e i requisiti che avevano determinato l'accesso alla graduatoria. Il dipendente, in questo caso, è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'ASST ed il rientro a tempo pieno avverrà entro 30 giorni dal verificarsi della condizione, subordinatamente allo smaltimento delle ferie maturate a tempo parziale.



4) TERMINE DI CONSEGNA DELLA DOMANDA

La domanda di ammissione dovrà pervenire all'Ufficio Protocollo dell'Azienda socio-sanitaria territoriale Papa Giovanni XXIII - Piazza OMS 1 - 24127 Bergamo, **entro il giorno 31.8.2019**. Detto termine è perentorio.

5) REDAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di ammissione dovrà essere redatta secondo il modello allegato, compilato in ogni sua parte.

Alla domanda dovrà essere allegato:

- 1) fotocopia di un valido documento di identità;
- 2) tutta la documentazione elencata nelle specifiche caselle (stato di famiglia, certificato di invalidità, certificato per il riconoscimento dei benefici della L. n. 104/1992, ...) secondo la grave e documentata situazione familiare che il dipendente intende far valere per ottenere il beneficio del tempo parziale.

N.B.: Nel caso non venisse allegata la documentazione richiesta, non sarà attribuito il corrispondente punteggio, fatto salvo il caso di invalidità in corso di certificazione, come successivamente specificato.

6) MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Le domande potranno essere presentate:

- mediante consegna a mano o agenzia di recapito autorizzata, direttamente all'Ufficio protocollo dell'azienda, (Hospital Street - piano 0 - ingr. 35) nei seguenti orari:
 - da lunedì a giovedì: dalle 8.30 alle 15.30;
 - il venerdì: dalle 8.30 alle 14.00.

Nei giorni festivi l'ufficio è chiuso.

- a mezzo servizio postale tramite raccomandata: in tal caso farà fede la data di spedizione, comprovata dal timbro a data dell'Ufficio postale accettante. 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 oltre sette giorni dal termine di scadenza;
- fatto salvo il rispetto di tutte le altre prescrizioni previste dal presente bando, è consentita la modalità di invio della domanda e dei relativi allegati, **in unico file in formato PDF**, tramite **l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) esclusivamente** all'indirizzo mail ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it.

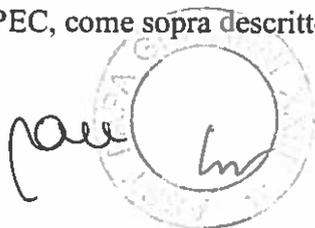
A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione dell'unico file PDF **inferiore a 95MB** da inviare:

1. tramite la **PEC**: sottoscrizione con **firma digitale del dipendente**, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

oppure

2. tramite la **PEC**: sottoscrizione con **firma autografa del dipendente + scansione** (compresa scansione di un valido documento di identità);

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.

A handwritten signature in blue ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'UFFICIO PROTOCOLLO' around the perimeter and some illegible text in the center.

La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del dipendente di una casella PEC personale; non sarà pertanto ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella PEC semplice/ordinaria ovvero certificata non personale anche se indirizzata alla PEC dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

Si precisa che, nel caso in cui il dipendente scelga di presentare la domanda tramite PEC, come sopra descritto, il termine ultimo di invio da parte dello stesso, a pena di esclusione, resta comunque fissato nel giorno di scadenza del bando.

Le anzidette modalità di trasmissione elettronica della domanda e della documentazione di ammissione al bando, per il dipendente che intenda avvalersene, si intendono tassative.

7) CALCOLO DEL CONTINGENTE

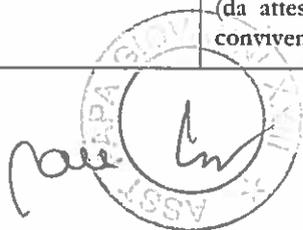
L'accesso al rapporto di lavoro a tempo parziale è consentito ad una percentuale pari al 25% del fabbisogno F.T.E. di ciascun macroprofilo individuato dalla Regione Lombardia ai fini della predisposizione del PTFP (Personale infermieristico, Personale tecnico sanitario, Personale vigilanza e ispezione, Personale della riabilitazione, Assistenti sociali, Personale ruolo tecnico non sanitario, Personale ruolo tecnico sanitario - OTA - OSS, Ausiliari, Assistente religioso, Personale amministrativo, Altro - ex Esacri). In presenza delle gravi e documentate situazioni familiari, declinate nei criteri dal n. 1) al n. 19) del successivo punto 8), il contingente è elevato di un ulteriore 10%.

8) CRITERI PER LA FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE:

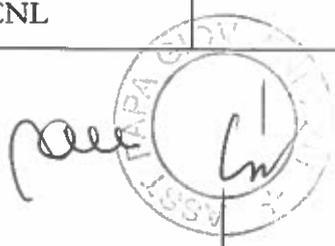
Qualora le istanze pervenute per l'ammissione annuale al rapporto di lavoro a tempo parziale siano superiori ai posti disponibili, verrà formulata una graduatoria in relazione ai criteri sotto elencati.

Prog.	Rif. normativo	Descrizione fattispecie	Precedenze e punteggi
1)	Art. 60 comma 9 CCNL – art. 8 comma 3 D.Lgs. 81/2015	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, <u>accertata da una commissione medica istituita presso l'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente</u> (da attestare con certificato di invalidità + certificato medico attestante la patologia oncologica o la grave patologia cronico degenerativa ingravescente)	in ogni caso
2)	Art. 60 comma 9 CCNL – art. 8 comma 7 D.Lgs. 81/2015	per una sola volta, 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	in ogni caso
3)	Art. 39 comma 6 CCNL	lavoratrici inserite nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. n. 80/2015 (da attestare con certificazione attestante l'inserimento della lavoratrice nel percorso di protezione)	in ogni caso
4)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 4 D.Lgs. 81/2015	nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista persona <u>convivente</u> con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi <u>dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104</u> , che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli	25 punti

Prog.	Rif. normativo	Descrizione fattispecie	Precedenze e punteggi
		atti quotidiani della vita (da attestare con il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza + certificato di riconoscimento benefici art. 3 comma 3 L. n. 104/1992)	
5)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 4 D.Lgs. 81/2015	nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista coniuge, figli, genitori <u>non conviventi</u> 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 (da attestare con il certificato di riconoscimento benefici art. 3 comma 3 L. n. 104/1992 + certificazione del grado di parentela)	22 punti
6)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 4 D.Lgs. 81/2015	in caso di patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti riguardanti il coniuge, i figli o i genitori del lavoratore o della lavoratrice, anche non conviventi (da attestare con certificato di invalidità non inferiore al 67% + certificato medico attestante la patologia oncologica o la grave patologia cronico degenerativa ingravescente + certificazione del grado di parentela)	20 punti
7)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81/2015	figlio <u>convivente</u> di età inferiore ai 3 anni non compiuti (alla data del 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del bando) (da attestare con il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza)	11 punti per ogni figlio
8)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81	figlio <u>convivente</u> di età compresa tra 3 e 6 non compiuti (alla data del 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del bando) (da attestare con il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza)	9 punti per ogni figlio
9)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81/2015	figlio <u>convivente</u> di età compresa tra 6 e 11 anni non compiuti (alla data del 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del bando) (da attestare con il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza)	7 punti per ogni figlio
10)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81/2015	figlio <u>convivente</u> di età compresa tra 11 e 14 anni non compiuti (alla data del 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del bando) (da attestare con il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza)	5 punti per ogni figlio
11)	Art. 60 comma 8 lett. f) CCNL	figlio <u>convivente</u> di età compresa tra 14 e 18 anni non compiuti (alla data del 1° gennaio dell'anno successivo alla scadenza del bando) (da attestare con il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza)	3 punti per ogni figlio



Prog.	Rif. normativo	Descrizione fattispecie	Precedenze e punteggi
12)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81/2015	figlio <u>convivente minorenni</u> portatore di handicap ai sensi dell' <u>articolo 3 comma 1</u> della legge n. 104 del 1992 (da attestare con il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza + certificato di riconoscimento benefici art. 3 comma 1 L n. 104/1992)	10 punti aggiuntivi per ogni figlio ai p.ti 7-8-9-10-11
13)	Criterio consolidato precedente CCIA	figlio <u>convivente minorenni</u> con DSA (da attestare con il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza + certificato del medico specialista attestante il DSA)	8 punti aggiuntivi per ogni figlio ai p.ti 7-8-9-10-11
14)	Art. 60 comma 8 lett. b) CCNL	dipendenti con certificato di invalidità non inferiore al 60% (da attestare con il certificato di invalidità)	25 punti
15)	Art. 60 comma 8 lett. b) CCNL	dipendenti con certificato di invalidità non inferiore al 46% (da attestare con il certificato di invalidità)	20 punti
16)	Art. 60 comma 8 lett. b)- d) CCNL	dipendenti in particolari condizioni psico-fisiche ovvero con documentata necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione a tempo pieno (da attestare con il certificato medico attestante la patologia e la necessità di una riduzione dell'orario di lavoro)	18 punti
17)	Art. 60 comma 8 lett. e) CCNL	necessità di assistere i genitori, il coniuge o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi, senza possibilità alternativa di assistenza, che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendenti o altre forme di dipendenza certificata. (da attestare con il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza + certificato medico attestante la dipendenza/patologia + certificato attestante che il dipendente è il referente nel percorso riabilitativo)	18 punti
18)	Criterio di nuova introduzione	necessità di assistere i figli, il coniuge o il convivente more uxorio affetti da disturbi alimentari o patologie psichiatriche certificate (da attestare con il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza + certificato medico attestante la patologia)	18 punti
19)	Criterio consolidato precedente CCIA	dipendenti con età anagrafica uguale o superiore a 58 anni. A parità di età anagrafica viene data la precedenza: <ul style="list-style-type: none"> • personale con effettivo servizio in turnazione H24 • anzianità di carriera in ASST 	4 punti
20)	Art. 60 comma 6 CCNL	personale che vuole svolgere altra attività lavorativa subordinata o autonoma	2 punti
21)	Art. 60 comma 2 CCNL	personale che non adduce particolare motivazione	0 punti



ULTERIORI SPECIFICHE:

- 1) Nei macroprofili per i quali le domande superano la disponibilità dei posti, lo 0,3% del fabbisogno di ciascun macroprofilo arrotondato all'unità prossima (inferiore o superiore) è riservato ai dipendenti con età anagrafica superiore a 58 anni.
- 2) In caso di invalidità in corso di certificazione l'istanza può essere comunque presentata. Il certificato dovrà in ogni caso essere consegnato all'UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane prima dell'approvazione della graduatoria.
- 3) In caso di vedovanza o affido esclusivo dei figli sono previsti 2 punti aggiuntivi (da documentare mediante presentazione di certificato o di sentenza di affido esclusivo);
- 4) Il punteggio assegnato al personale che vuole svolgere altra attività lavorativa, subordinata o autonoma, non è cumulabile con altri punteggi;
- 5) A parità di punteggio hanno precedenza, nell'ordine, i dipendenti:
 - a) con maggiore età anagrafica;
 - b) con turnazione H24;
 - c) con maggiore anzianità in ASST.

I dipendenti che, in base ai propri certificati di invalidità allegati alla domanda, risultassero in possesso dei requisiti per l'iscrizione alle liste di cui alla L. n. 68/1999, verranno computati nei relativi contingenti.

L'Amministrazione ha l'onere di verificare la veridicità di quanto autocertificato, chiedendo conferma agli Enti pubblici o privati di riferimento, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, e l'obbligo di denunciare all'Autorità giudiziaria i dipendenti che hanno reso false dichiarazioni.

9) VALUTAZIONE DELLE DOMANDE

All'esame delle domande provvede un'apposita Commissione così composta:

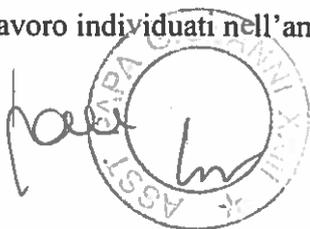
- Presidente: Direttore UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane o suo delegato;
Componente: Direttore UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali o suo delegato;
Componente: Direttore UOC Medicina del Lavoro o suo delegato;
Componente: Presidente del Comitato Unico di Garanzia (CUG) o suo delegato;
Segretario: collaboratore/assistente amministrativo presso l'UOS Gestione Giuridica del Personale, individuato dal direttore della UOC.

La deliberazione di approvazione delle graduatorie sarà pubblicata per 15 giorni all'Albo Pretorio on-line e sarà consultabile nel sito www.asst-pg23.it nella sezione "Concorsi".

10) SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO

La prestazione lavorativa dei dipendenti ammessi al rapporto di lavoro a tempo parziale dovrà essere disciplinata nel relativo contratto individuale di lavoro, con indicazione specifica dei seguenti elementi da definire con la Direzione di afferenza:

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



Per il personale sottoposto a turni, l'orario dovrà conformarsi al calendario dei turni fissati con una certa continuità. In caso di riorganizzazioni del servizio, l'orario definito potrà subire variazioni con le stesse modalità e criteri definiti per il personale a tempo pieno.

La trasformazione del rapporto avviene con la sottoscrizione di atto aggiuntivo al contratto individuale di lavoro.

Per eventuali chiarimenti, gli aspiranti potranno rivolgersi all'U.O.S. Gestione giuridica del personale (Hospital Street - piano 0 - ingr. 2 - tel. 035/2673892 - 6150 - 5004) **esclusivamente nei seguenti orari:**

- dal lunedì al giovedì dalle ore 11.00 alle ore 12.30 e dalle 14.30 alle ore 15.30
- il venerdì dalle ore 11.00 alle ore 12.30.

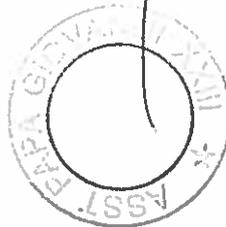
11) TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali sarà effettuato ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.6.2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 del 27.4.2016.

Per ulteriori dettagli in merito, si rimanda all'Informativa privacy pubblicata sul sito aziendale www.asst-pg23.it, nella sezione Concorsi al seguente link: http://www.asst-pg23.it/upload/Trasparenza/2018/06/13/informativa_privacy_bandi%20di%20concorso_GDPR_15_28899759.pdf.

Ai sensi e per gli effetti di cui alla L. n. 241 del 7.8.1990, si informa che il responsabile del procedimento relativo al presente avviso è la dr.ssa Alessandra Zanini, Dirigente dell'UOS Gestione giuridica del Personale.

IL DIRETTORE GENERALE
dr.ssa Maria Beatrice Stasi



UOC Politiche e gestione delle risorse umane
UOS Gestione giuridica del personale

Il Responsabile del procedimento: dr.ssa Alessandra Zanini *ae*
pratica trattata da: dr. Danilo Minuti tel. 035.2676150

Visto - procedere Direttore UOC Politiche e gestione delle risorse umane dr.ssa Angela Colicchio *ae*
Visto - procedere Direttore Dipartimento servizi amministrativi e generali dr.ssa Mariagrazia Vitalini *ae*
Visto - procedere Direttore amministrativo avv. Monica Anna Fumagalli *ae*

DOMANDA D'AMMISSIONE A RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE

PER L'ANNO 2020

(scadenza avviso 31.8.2019)

Al Direttore Generale
ASST Papa Giovanni XXIII
Piazza OMS 1
24127 Bergamo

Io sottoscritt_ _____ nat_ il _____
a _____, matricola n. _____

CHIEDO di essere ammess_l

all'AVVISO interno per l'ammissione al rapporto di lavoro a tempo parziale per l'anno 2020.

(deliberazione n. 1288 del 18.7.2019), con la seguente opzione:

50% orizzontale

75% orizzontale

50% verticale

75% verticale

A tal fine, valendomi della facoltà concessa dall'art. 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 essere residente in _____
via _____
- di essere dipendente a tempo dell'ASST Papa Giovanni XXIII dal _____
(per il personale incorporato indicare data assunzione presso ex Asl di Bergamo e ex A.O. di Treviglio)
- nel profilo professionale di _____ categoria _____
- presso la struttura _____
- a tempo indeterminato: pieno/parziale
- effettivo servizio in turnazione H24: si no

- di avere superato il periodo di prova
- di accettare incondizionatamente tutte le clausole e condizioni contenute nel bando

DICHIARO INOLTRE

che l'istanza è presentata per i seguenti motivi (*contrassegnare le situazioni di interesse*):

		RIFERIMENTI NORMATIVI/ CONTRATTUALI	CASISTICA	PUNTEGGIO ASSEGNATO
<input type="checkbox"/>	1)	Art. 60 comma 9 CCNL – art. 8 comma 3 D.Lgs. 81/2015	<p>lavoratori affetti da patologie oncologiche nonché da gravi patologie cronico-degenerative ingrossanti, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, eventualmente anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, <u>accertata da una commissione medica istituita presso l'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente</u></p> <p>(allegare certificato di invalidità + certificato medico attestante la patologia oncologica o la grave patologia cronico degenerativa ingrossante)</p>	in ogni caso
<input type="checkbox"/>	2)	Art. 60 comma 9 CCNL – art. 8 comma 7 D.Lgs. 81/2015	per una sola volta, 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	in ogni caso
<input type="checkbox"/>	3)	Art. 39 comma 6 CCNL	<p>lavoratrici inserite nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. n. 80/2015</p> <p>(allegare certificazione attestante l'inserimento della lavoratrice nel percorso di protezione)</p>	in ogni caso
<input type="checkbox"/>	4)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 4 D.Lgs. 81/2015	<p>nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista <u>persona convivente</u> con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi <u>dell'articolo 3, comma 3</u>, 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</p> <p>COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA: _____</p> <p>COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA: _____</p> <p>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1) + certificato di riconoscimento benefici art. 3 comma 3 L n. 104/1992</p>	25 punti

<input type="checkbox"/>	5)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 4 D.Lgs. 81/2015	nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista coniuge, figli, genitori <u>non conviventi</u> con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi <u>dell'articolo 3, comma 3</u> , 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 COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA: _____ COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA: _____ allegare il certificato di riconoscimento benefici art. 3 comma 3 L n. 104/1992 + certificazione del grado di parentela (modello 2)	22 punti
<input type="checkbox"/>	6)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 4 D.Lgs. 81/2015	in caso di patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti riguardanti il coniuge, i figli o i genitori del lavoratore o della lavoratrice, anche non conviventi COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA: _____ COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA: _____ allegare il certificato di invalidità non inferiore al 67% + certificato medico attestante la patologia oncologica o la grave patologia cronico degenerativa ingravescente + certificazione del grado di parentela (modello 2)	20 punti
<input type="checkbox"/>	7)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81/2015	figlio <u>convivente</u> di età inferiore ai 3 anni non compiuti (alla data del 1° gennaio 2020) COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1)	11 punti per ogni figlio
<input type="checkbox"/>	8)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81/2015	figlio <u>convivente</u> di età compresa tra 3 e 6 anni non compiuti (alla data del 1° gennaio 2020) COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____	9 punti per ogni figlio

			<p>nato/a il _____</p> <p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p> <p>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1)</p>	
<input type="checkbox"/>	9)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81/2015	<p>figlio <u>convivente</u> di età compresa tra 6 e 11 anni non compiuti (alla data del 1° gennaio 2020)</p> <p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p> <p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p> <p>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1)</p>	7 punti per ogni figlio
<input type="checkbox"/>	10)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81/2015	<p>figlio <u>convivente</u> di età compresa tra 11 e 14 anni non compiuti (alla data del 1° gennaio 2020)</p> <p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p> <p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p> <p>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1)</p>	5 punti per ogni figlio
<input type="checkbox"/>	11)	Art. 60 comma 8 lett. f) CCNL	<p>figlio <u>convivente</u> di età compresa tra 14 e 18 anni non compiuti (alla data del 1° gennaio 2020)</p> <p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p>	3 punti per ogni figlio

			<p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p> <p>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1)</p>	
<input type="checkbox"/>	12)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81/2015	<p>figlio <u>convivente minorenni</u> portatore di handicap ai sensi dell'<u>articolo 3 comma 1</u> della legge n. 104 del 1992</p> <p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p> <p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p> <p>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1) +certificato di riconoscimento benefici art. 3 comma 1 L. n. 104/1992</p>	10 punti aggiuntivi per ogni figlio ai p.ti 7-8-9-10-11
<input type="checkbox"/>	13)	Criterio consolidato precedente CCIA	<p>figlio <u>convivente minorenni</u> con DSA</p> <p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p> <p>COGNOME E NOME DEL FIGLIO:</p> <p>_____</p> <p>nato/a il _____</p> <p>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1) + certificato del medico specialista attestante il DSA</p>	8 punti aggiuntivi per ogni figlio ai p.ti 7-8-9-10-11
<input type="checkbox"/>	14)	Art. 60 comma 8 lett. b) CCNL	<p>dipendenti con certificato di invalidità non inferiore al 60%</p> <p>allegare il certificato di invalidità</p>	25 punti
<input type="checkbox"/>	15)	Art. 60 comma 8 lett. b) CCNL	<p>dipendenti con certificato di invalidità non inferiore al 46%</p> <p>allegare il certificato di invalidità</p>	20 punti
<input type="checkbox"/>	16)	Art. 60 comma 8 lett. b)- d) CCNL	<p>dipendenti in particolari condizioni psico-fisiche ovvero con documentata necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione a tempo pieno</p> <p>allegare il certificato medico attestante la patologia e la necessità di una riduzione dell'orario di lavoro</p>	18 punti

<input type="checkbox"/>	17)	Art. 60 comma 8 lett. e) CCNL	<p>necessità di assistere i genitori, il coniuge o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi, senza possibilità alternativa di assistenza, che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendenti o altre forme di dipendenza certificata</p> <p>COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA:</p> <hr/> <p>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1) + certificato medico attestante la dipendenza + certificato attestante che il dipendente è il referente nel percorso riabilitativo</p>	18 punti
<input type="checkbox"/>	18)	Criterio di nuova introduzione	<p>necessità di assistere i figli, il coniuge o il convivente more uxorio affetti da disturbi alimentari o patologie psichiatriche certificate</p> <p>COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA:</p> <hr/> <p>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1) + certificato medico attestante la patologia</p>	18 punti
<input type="checkbox"/>	19)	Criterio consolidato precedente CCLA	<p>Dipendenti con età anagrafica superiore a 58 anni.</p> <p>A parità di età anagrafica viene data la precedenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personale con effettivo servizio in turnazione H24 • anzianità di carriera in ASST 	4 punti
<input type="checkbox"/>	20)	Art. 60 comma 6 CCNL	personale che vuole svolgere altra attività lavorativa subordinata o autonoma	2 punti
<input type="checkbox"/>	21)	Art. 60 comma 2 CCNL	personale che non adduce particolare motivazione	0 punti
<input type="checkbox"/>			<p>vedovanza o affido esclusivo</p> <p>allegare certificato di vedovanza o sentenza che individua il dipendente quale genitore affidatario esclusivo</p>	2 punti aggiuntivi al punteggio previsto ai n. 7) - 8) - 9) -10) - 11)
			TOTALE	spazio riservato all'ufficio

I punteggi sono cumulabili solo se riferiti a soggetti diversi Per ogni soggetto può essere fatta valere una sola condizione e quindi un solo punteggio tra quelli sopracitati salvo nei casi in cui sia espressamente previsto che il punteggio sia aggiuntivo.

ALLEGRO

la documentazione indicata nella caselle che ho contrassegnato, al fine di dimostrare il diritto al beneficio, di seguito elencata:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DICHIARO ALTRESI'

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.

SONO CONSAPEVOLE

- che l'Amministrazione ha l'onere di verificare la veridicità di quanto autocertificato, chiedendo conferma agli Enti pubblici o privati di riferimento, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, e l'obbligo di denunciare all'Autorità giudiziaria i dipendenti che hanno reso false dichiarazioni;
- che l'istanza verrà valutata sulla base della documentazione che ho allegato e che eventuale documentazione mancante potrà impedire il conseguimento del beneficio;
- che le certificazioni di invalidità personale che allego comporteranno l'inserimento nelle liste di cui alla L. n. 68/1999, ove ricorrano le percentuali previste;
- che ho l'onere di comunicare tempestivamente all'Azienda il venir meno delle condizioni e dei requisiti hanno determinato il mio accesso alla graduatoria.

CHIEDO

che tutte le comunicazioni relative alla procedura siano recapitate:

presso la Struttura di appartenenza: _____

ovvero

al seguente indirizzo:

via _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ Recapito telefonico: _____

cell. n. _____ e-mail _____

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

.....
(firma per esteso e leggibile)

per presa visione
IL COORDINATORE/RESPONSABILE

.....
* 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 SOSTITUTIVA
DEL CERTIFICATO DELLO STATO DI FAMIGLIA**

Io sottoscritt _____ nat _____ il _____
_____, matricola n. _____

A tal fine, valendomi della facoltà concessa dall'art. 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 la famiglia a cui appartengo è così composta *(indicare anche se stessi)*:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
			io

- che la famiglia risiede nel Comune di _____

Via _____ n. _____

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

.....*
(firma per esteso e leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

Io sottoscritt_ _____ nat_ _____ il _____
a _____, matricola n. _____

A tal fine, valendomi della facoltà concessa dall'art. 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 le persone indicate al punto 5) ovvero 6) della domanda hanno il seguente grado di parentela con me:

Cognome e nome della persona assistita	Rapporto di parentela

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

.....*

(firma per esteso e leggibile)