

**DOMANDA D'AMMISSIONE A RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE**

**PER L'ANNO 2021**

**(scadenza avviso 11.8.2020)**

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 2021.**

(deliberazione n. 1137 del 2.7.2020), con la seguente opzione:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>50% orizzontale</b> | <input type="checkbox"/> <b>75% orizzontale</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>50% verticale</b>   | <input type="checkbox"/> <b>75% verticale</b>   |

A tal fine, valendomi della facoltà concessa dall'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e 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 dell'ASST Papa Giovanni XXIII dal \_\_\_\_\_  
*(per il personale incorporato indicare data assunzione presso ex Asl di Bergamo ed 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 cronic-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></p> <p>(allegare certificato di invalidità + certificato medico attestante la patologia oncologica o la grave patologia cronic degenerativa ingravescente)</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
	5bis)	Art. 60 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 4 D.Lgs. 81/2015 integrazione	nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista un fratello o sorella <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, purché il lavoratore o la lavoratrice ne sia referente assistenziale ai sensi della predetta L. n. 104/1992  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 con certificazione che attesta che il dipendente fruisce del beneficio per il fratello o la sorella (modello 3)	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 cronicodegenerative ingrossanti 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 ingrossante + 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 2021)  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 2021)  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)	9 punti per ogni figlio
<input type="checkbox"/>	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 2021)  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)	7 punti per ogni figlio

<input type="checkbox"/>	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 2021)  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)	5 punti per ogni figlio
<input type="checkbox"/>	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 2021)  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)	3 punti per ogni figlio
<input type="checkbox"/>	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  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) +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

<input type="checkbox"/>	13)	Criterio consolidato precedente CCIA	<p>figlio <u>convivente minorenn</u>e 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 + certificato di frequenza scolastica (modello 4)</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> <p>_____</p> <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> <p>_____</p> <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 CCIA	Dipendenti con età anagrafica superiore a 58 anni. A parità di età anagrafica viene data la precedenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>• personale con effettivo servizio in turnazione H24</li> <li>• anzianità di carriera in ASST</li> </ul>	4 punti aggiuntivi
<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"/>	22)		vedovanza o affidamento esclusivo allegare certificato di vedovanza o sentenza che individua il dipendente quale genitore affidatario esclusivo	2 punti aggiuntivi al punteggio previsto ai n. 7) - 8) - 9) - 10) - 11)
			<b>TOTALE</b>	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 seguente documentazione, indicata nelle caselle che ho contrassegnato al fine di dimostrare il diritto al beneficio:

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 sarà 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 \_\_\_\_\_  
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 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)*

**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**

1. che le persone indicate al punto 5bis) della domanda hanno il seguente grado di parentela con me:

Cognome e nome della persona assistita	Rapporto di parentela

2. di esserne il referente assistenziale, ai sensi della L. 104/1992.

**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 mio figlio minorenni con DSA:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
nell'anno scolastico 2020/2021 frequenterà la classe \_\_\_\_\_  
dell'Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
nell'anno scolastico 2020/2021 frequenterà la classe \_\_\_\_\_  
dell'Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
nell'anno scolastico 2020/2021 frequenterà la classe \_\_\_\_\_  
dell'Istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

.....  
(luogo e data)

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