

DOMANDA D'AMMISSIONE A RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE

PER GLI ANNI 2025/2026

(scadenza avviso 31.7.2024)

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

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

CHIEDO di essere ammess_

all'AVVISO interno per l'ammissione al rapporto di lavoro a tempo parziale per gli anni 2025/2026.

(deliberazione n. 856 del 20.6.2024), 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 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 _____ area _____

- 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. 73 comma 9 CCNL - art. 8 comma 3 D.Lgs. 81/2015	<p>lavoratori affetti da patologie oncologiche nonché da gravi patologie cronico-degenerative inaggravanti, 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><i>da attestare con certificato di invalidità + certificato medico attestante la patologia oncologica o la grave patologia cronico degenerativa inaggravante</i></p>	in ogni caso
<input type="checkbox"/>	1bis)	Criterio di nuova introduzione	<p>lavoratori titolari dei benefici previsti <u>dall'articolo 3, comma 3,</u> della legge 5 febbraio 1992, n. 104</p> <p><i>da attestare con certificato di riconoscimento benefici art. 3 comma 3 L. n. 104/1992</i></p>	in ogni caso
<input type="checkbox"/>	1ter)	Criterio di nuova introduzione	<p>lavoratori titolari dei benefici previsti dall'articolo 3, comma 1 della legge 5 febbraio 1992, n. 104</p> <p><i>da attestare con certificato di riconoscimento benefici art. 3 comma 1 L. n. 104/1992</i></p>	10 punti
<input type="checkbox"/>	2)		SOPPRESSO	
<input type="checkbox"/>	3)		SOPPRESSO	

<input type="checkbox"/>	4)	Art. 73 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 4 D.Lgs. 81/2015	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 COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA: _____ COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA: _____ <i>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</i>	25 punti
<input type="checkbox"/>	5)	Art. 73 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 4 D.Lgs. 81/2015 integrazione	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: _____ <i>allegare il certificato di riconoscimento benefici art. 3 comma 3 L. n. 104/1992 + certificazione del grado di parentela (modello 2)</i>	22 punti
<input type="checkbox"/>	5bis)	Art. 73 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: _____ <i>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)</i>	22 punti

<input type="checkbox"/>	6)	Art. 73 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 4 D.Lgs. 81/2015 integrazione	in caso di patologie oncologiche o gravi patologie cronicodegenerative 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: _____ <i>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)</i>	20 punti
<input type="checkbox"/>	7)	Art. 73 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 2025) COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ <i>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1)</i>	11 punti per ogni figlio
<input type="checkbox"/>	8)	Art. 73 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 2025) COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ <i>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1)</i>	9 punti per ogni figlio
<input type="checkbox"/>	9)	Art. 73 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 2025) COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ <i>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1)</i>	7 punti per ogni figlio

<input type="checkbox"/>	10)	Art. 73 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 2025) COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ <i>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1)</i>	5 punti per ogni figlio
<input type="checkbox"/>	11)	Art. 73 comma 8 lett. f) CCNL	figlio <u>convivente</u> di età compresa tra 14 e 18 anni non compiuti (alla data del 1° gennaio 2025) COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ <i>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1)</i>	3 punti per ogni figlio
<input type="checkbox"/>	12)	Art. 73 comma 8 lett. a) CCNL – art. 8 comma 5 D.Lgs. 81/2015	figlio <u>convivente minorenn</u> e 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 _____ <i>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</i>	10 punti aggiuntivi per ogni figlio ai p.ti 7-8-9-10-11
<input type="checkbox"/>	13)	Criterio consolidato precedente CCIA	figlio <u>convivente minorenn</u> e con DSA COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ COGNOME E NOME DEL FIGLIO: _____ nato/a il _____ <i>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)</i>	8 punti aggiuntivi per ogni figlio ai p.ti 7-8-9-10-11

<input type="checkbox"/>	14)	Art. 73 comma 8 lett. b) CCNL	dipendenti con certificato di invalidità non inferiore al 60% <i>allegare il certificato di invalidità</i>	25 punti
<input type="checkbox"/>	15)	Art. 73 comma 8 lett. b) CCNL	dipendenti con certificato di invalidità non inferiore al 46% <i>allegare il certificato di invalidità</i>	20 punti
<input type="checkbox"/>	16)	Art. 73 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 <i>allegare il certificato medico attestante la patologia e la necessità di una riduzione dell'orario di lavoro</i>	18 punti
<input type="checkbox"/>	17)	Art. 73 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 COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA: _____ <i>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</i>	18 punti
<input type="checkbox"/>	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 COGNOME E NOME DELLA PERSONA ASSISTITA: _____ <i>allegare il certificato dello stato di famiglia da cui risulti la convivenza (modello 1) + certificato medico attestante la patologia</i>	18 punti
<input type="checkbox"/>	19)	Criterio consolidato precedente CCIA	dipendenti che compiono 58 anni nell'anno 2025. A parità di età anagrafica viene data la precedenza a: <ul style="list-style-type: none"> • personale con effettivo servizio in turnazione H24 • anzianità di carriera in ASST 	4 punti aggiuntivi
<input type="checkbox"/>	20)	Art. 73 comma 6 CCNL	personale che vuole svolgere altra attività lavorativa subordinata o autonoma. In tal caso la percentuale della prestazione lavorativa presso l'ASST deve essere pari al 50%	2 punti
<input type="checkbox"/>	21)	Art. 73 comma 2 CCNL	personale che non adduce particolare motivazione	0 punti

<input type="checkbox"/>	22)		vedovanza o affido 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)
			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 seguente documentazione, indicata nelle caselle che ho contrassegnato al fine di dimostrare il diritto al beneficio:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

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;
- che il personale con rapporto di lavoro a tempo parziale non può effettuare alcuna prestazione aggiuntiva così come l'attività di supporto alle attività sanitarie integrative (libera professione, solvenza aziendale, sperimentazioni).

CHIEDO

che le eventuali comunicazioni relative alla procedura siano recapitate al seguente indirizzo:

via _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____

Recapito telefonico: _____ cell. n. _____

e-mail (*obbligatoria*) _____

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 minore con DSA:

Cognome e nome _____ nato il _____
nell'anno scolastico 2025/2026 frequenterà la classe _____ dell'Istituto
_____ di _____

Cognome e nome _____ nato il _____
nell'anno scolastico 2025/2026 frequenterà la classe _____ dell'Istituto
_____ di _____

Cognome e nome _____ nato il _____
nell'anno scolastico 2025/2026 frequenterà la classe _____ dell'Istituto
_____ di _____

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

.....*

(firma per esteso e leggibile)