REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

A.S.L. CARBONIA

Delibera n° 280/C

24 FEB 2015

*Adottata dal Commissario Straordinario in data*_____

OGGETTO: **Ripristino rapporto di lavoro a tempo pieno – Sig.ra ARIU Stefania – Coll. Prof.le San. – Infermiere.**

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Su proposta del Responsabile del Servizio Personale:

Premesso che, con delibera n° 654 del 06/06/2008, è stata formalizzata la trasformazione del rapporto di lavoro della dipendente, **Sig.ra ARIU Stefania – Coll. Prof.le San.- Infermiera**, da tempo pieno a tempo parziale verticale, ovvero con articolazione della prestazione lavorativa in 4 giorni settimanali ai sensi dell'art.24, 2 comma, 2 cpv. del CCCNL 1998/2001, con decorrenza 01/07/2008;

Atteso che l'art.24 del CCNL del 7 Aprile 1999 del personale del Comparto Sanità , così come modificato dall'art.34 del CCNL integrativo del richiamato CCNL, stabilisce che " i dipendenti che hanno trasformato il rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale hanno diritto di tornare a tempo pieno alla scadenza di un biennio dalla trasformazione anche in soprannumero oppure prima della scadenza del biennio, a condizione che vi sia la disponibilità del posto in organico;

Acquisita la richiesta del **05/02/2015, Prot.n° 2606**, che si allega in copia, con la quale la dipendente, **Sig.ra ARIU Stefania**, dipendente di questa ASL, in qualità di Coll.Prof.le San. – Infermiera, con rapporto di lavoro a tempo parziale verticale, chiede di poter ripristinare il rapporto di lavoro a tempo pieno;

Accertato che sussistono le condizioni di cui all'art.34, 2°comma, lett.B, del CCNL integrativo del CCNL del 7 Aprile 1999 del Personale del Comparto Sanità;

Atteso che,in merito alla suddetta richiesta, il Responsabile della S.C. di appartenenza ha espresso parere favorevole;

Ritenuto per quanto sopra, di accogliere la richiesta di ripristino del rapporto di lavoro a tempo pieno presentata dalla dipendente, **Sig.ra ARIU Stefania, Coll.Prof.le San.-Infermiere, a decorrere dal 01/03/2015;**

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PRESO ATTO dell'istruttoria svolta dal Responsabile del Servizio Personale

SENTITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per i motivi in premessa:

- Di accogliere la richiesta di ripristino del rapporto di lavoro a tempo pieno presentata dalla dipendente, **Sig.ra ARIU Stefania, Coll.Prof.le San. - Infermiere**, con effetto dal **01/03/2015;**
- Di demandare al Responsabile del Servizio Personale l'adozione dei provvedimenti conseguenti.

Il Commissario Straordinario
Dott. Antonio Onnis

Direttore Amministrativo
Dott.ssa Maria Fannì Pittau

Direttore Sanitario
Dott.Maggetti Silvio

SERVIZIO SANITARIO ASL N. 7 CARBONIA REGIONE SARDEGNA

Responsabile Servizio Personale

Dott.ssa Maria Milena Pau

Add./A.Congia

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione

n. 280/C del 24 FEB 2015

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 25 FEB 2015

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione

Archivio Deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it

Servizio Affari Generali

SERVIZIO SANITARIO ASL N. 7 CARBONIA REGIONE SARDEGNA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N°7

ASL 7
PG/2015/ 0002606 del 05/02/2015 ore 11.58
Mittente ARIU STEFANIA
Assegnatario Servizio Amministrazione Perso
Classifica : 1.5.3 Fascicolo 2 del 2015

Al responsabile del Servizio Risorse umane
epc direttore generale

RICHIESTA PART TIME/FULL TIME - COMPARTO

NB: COMPILARE L'INTERO MODULO IN STAMPATELLO LEGGIBILE

SEZIONE 1: DATI DIPENDENTE

Il / la sottoscritto/a_____**ARIU STEFANIA**_____

nata il _**20/12/1969**_____ a_**CARBONIA**__ prov._**(CI)**__

residente a__**NARCAO**__via_**SAN NICOLO'**__ n°_**5**___

matricola n°_____**2026**_____

codice fiscale____**RAISFN69T60B745V**_____

profilo professionale____**Coll.Prof.le San.Infermiera**____

in servizio presso la struttura__**S.C.Ostetricia e Ginecologia P.O. SIRAI**_____

tel. ufficio_____ cell._[redacted]_____

Via Dalmazia n° 83 – 09013 – Carbonia tel. 0781 6681 fax 0781 6683506
PI: 02261310920

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N°7

RICHIESTA PART TIME/FULL TIME - COMPARTO

SEZIONE 2: RICHIESTA (barrare le voci che interessano)

CHIEDE

di modificare il proprio rapporto di lavoro

☑ DA TEMPO PARZIALE A TEMPO PIENO

☐ DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE

☐ RINNOVA PART TIME

☐ MODIFICA TIPOLOGIA PART TIME

CON DECCORENZA: ☐ 1°settembre ☐ 1° gennaio ☐ 1° aprile ☐ altra data (indicare quale) 01/03/2015

☐ ORIZZONTALE ☐ VERTICALE

☐ 50% ☐ 70% ☐ 80% ☐ ____% (solo verticale*)

Compilare unicamente per le richieste di trasformazione / modifiche / rinnovo di part time:

ARTICOLAZIONE DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA PROPOSTA

PT orizzontale: indicare la fascia oraria

PT verticale: indicare la fascia oraria e i periodi di astensione

_____

_____

_____

Via Dalmazia n° 83 – 09013 – Carbonia tel. 0781 6681 fax 0781 6683506
PI: 02261310920

RICHIESTA PART TIME/FULL TIME - COMPARTO

SEZIONE 2: RICHIESTA (barrare le voci che interessano)

Nel caso di part time al 50% il sottoscritto dichiara:

☐ di non voler svolgere attività di lavoro subordinato o autonomo;

☐ di voler svolgere attività di lavoro subordinato o autonomo
(allegare l'apposita richiesta di autorizzazione e la relativa documentazione)

Si impegna a comunicare all'Azienda, entro 15 giorni dall'avvio, l'inizio di una nuova attività o la variazione dell'attività lavorativa sopra indicata

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che il rapporto di lavoro a tempo parziale comporta la rinuncia all'attività libero professionale intramuraria, comunque classificata, e alle prestazioni aggiuntive per tutta la durata del tempo parziale, nonché all'assegnazione di posizione organizzativa e delle funzioni di coordinamento.

RICHIESTA PART TIME/FULL TIME - COMPARTO

SEZIONE 3: SITUAZIONE DEL DIPENDENTE

1. SITUAZIONE FAMIGLIARE

a) figli conviventi n°__2___ (indicare la data di nascita dei figli)

1) 12 . 06 . 2001 2) 14 . 12 . 2005 3)_____ 4)_____ 5)_____

b) congiunti a carico e conviventi

☐ SI indicare il numero _____ ☒ NO

2. SITUAZIONE PERSONALE (allegare copia della documentazione in possesso)

a) l''interessato è affetto da patologie oncologiche e gravemente invalidanti

☒ SI ☐ NO

b) assistenza a figlio convivente di età non superiore a (13) tredici ai sensi dell'art. 12 bis, comma 3, della Legge *247/07* e s.m.i.:

☐ SI indicare il numero _____ ☐ NO

c) assistenza a figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'art.3 Legge *104/92* e s.m.i.:

☐ SI indicare il numero _____ ☐ NO

d) assistenza a coniuge, figli o genitori affetti da patologie oncologiche

☐ SI indicare il numero _____ ☐ NO

e) assistenza a persone conviventi con totale e permanente inabillità lavorativa ai sensi dell'art. 3, comma3, della Legge *104/92* e s.m.i,

☐ SI indicare il numero _____ ☐ NO

Data 04 . 02 . 2015

Firma del dipendente
X Stefania Arru

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N°7

RICHIESTA PART TIME/FULL TIME - COMPARTO

SEZIONE 4: VALUTAZIONE DIRIGENTE

Sezione da compilarsi a cura del Dirigente responsabile *e/o* coordinatore/responsabile/sovraordinato del *servizio/ufficio* di appartenenza

☒ PARERE FAVOREVOLE

☐ PARERE FAVOREVOLE ma condizionato all'accettazione della seguente diversa articolazione oraria / tipologia di tempo parziale / decorrenza / durata:

_____

_____

_____

☐ PARERE NEGATIVO, indicandone la motivazione:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data 04.02.2015

Firma del dipendente
Stefania Asoni

Direttore Struttura Complessa
Professioni Sanitarie
Dott. Antonello CUCCURU

Il Dirigente Responsabile

Via Dalmazia n° 83 – 09013 – Carbonia tel. 0781 6681 fax 0781 6683506
PI: 02261310920