



Delibera n° 848/C

Adottata dal Commissario Straordinario in data - 6 GIU 2016

OGGETTO: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale verticale -
Sig.ra SPADA Luisella- Coll.Prof.le Sanitario Infermiera.

Su proposta del Responsabile del Servizio Personale:

- Premesso** che, ai sensi dell'art.23, comma 1, lettera b) del CCNL 7 Aprile 1999-Area Comparto, le Aziende possono ricoprire posti in organico con rapporti di lavoro part-time e trasformare, su richiesta dei dipendenti, il rapporto di lavoro a tempo pieno degli stessi in rapporto di lavoro a tempo parziale;
- Atteso** che il CCNL 2002/2005 all'art.22, ad integrazione della norma contrattuale su richiamata dispone che la percentuale del 25% della dotazione organica nei diversi profili è da distribuirsi in contrattazione integrativa, tenuto conto anche delle esigenze dei servizi;
- Richiamato** il Regolamento del Rapporto di lavoro a tempo parziale- personale del Comparto approvato dall'Azienda ASL n°7 di Carbonia il 09/10/2007, con delibera n° 1030;
- Acquisita** la richiesta del **15/03/2016, Prot.n° 6005**, che si allega in copia, della dipendente, **Sig.ra SPADA Luisella**, intesa ad ottenere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale verticale, ovvero con articolazione della prestazione lavorativa in 4 giorni lavorativi, ai sensi dell'art.24, 2° comma, 2° cpv. del CCNL 1998/2001- Area Comparto SSN;
- Richiamati** gli artt.34/35 del CCNL integrativo del CCNL del Personale del Comparto Sanità del 07/04/1999;
- Atteso** che, in merito alla suddetta richiesta, il Responsabile della S.C. di appartenenza ha espresso parere favorevole;
- Ritenuto** di accogliere la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale verticale, con articolazione del servizio lavorativo su 4 giorni lavorativi, per un totale di 30 ore settimanali, presentata dalla dipendente, **Sig.ra SPADA Luisella, Coll.Prof.le Sanitario Infermiere, a decorrere dal 02/06/2016;**

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PRESO ATTO dell'istruttoria svolta dal Servizio Personale;



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

DELIBERA

Per i motivi in premessa:

- Di formalizzare la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale verticale, con articolazione del servizio lavorativo su 4 giorni, per complessive 30 ore settimanali, della dipendente, **Sig.ra SPADA Luisella, Coll.Prof.le Sanitario Infermiere**, a decorrere dal **02/06/2016**;
- Di demandare al Responsabile del Servizio di appartenenza l'articolazione dell'orario di servizio;
- Di demandare al Responsabile del Servizio Personale l'adozione dei provvedimenti conseguenti;

Il Commissario Straordinario

Dott. Antonio Onnis

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Maria Fanni Pittau



Direttore Sanitario

Dott. Maggetti Silvio

Responsabile del Servizio Personale

Dott.ssa Maria Milena Pau

Add. Amm/vo: A.Congia _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attestà che la deliberazione
n. 848/c del 6 GIU 2016
è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 8 GIU 2016

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione
Archivio Deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it



Servizio Affari Generali



PROF. SANITARI

ASL 7

PG/2016/ 0006005 del 15/03/2016 ore 10,17

Mittente: SPADA LUISELLA

Al responsabile del Servizio Risorse umane
epc direttore generale

Assogestione: Servizio Amministrazione Persone

Classifica: 1.5.3 Fascicolo: 2 del 2016



RICHIESTA PART TIME/FULL TIME - COMPARTO

NB: COMPILARE L'INTERO MODULO IN STAMPATELLO LEGGIBILE

SEZIONE 1: DATI DIPENDENTE

Il / la sottoscritto/a SPADA LUISELLA

matricola n° 1222

codice fiscale SPDLLL72H701182V

profilo professionale INFERTIERA PROFESSIONALE

in servizio presso la struttura UTIC / CARDIOLOGIA

tel. ufficio 07816683382 cell. 3333333333



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) 02-06-2016
(per deccorenza diversa si chiede di allegare idonea documentazione, vedi art. 8 del vigente Regolamento)

ORIZZONTALE VERTICALE

50% 70% 80% ___% (solo verticale*)

*Per percentuale inferiore al 50% e solo verticale si chiede di allegare idonea documentazione: vedi art. 4 del vigente Regolamento

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

P.T. VERTICALE : DAL LUN AL VEN (SABATO + DOMENICA)

2 TURNI :

- 7⁰⁰ / 16⁰⁰

- 14⁰⁰ / 22⁰⁰

11 GIORNI SECONDO LE ESIGENZE DEL SERVIZIO



RICHIESTA PART TIME/FULL TIME - COMPARTO

SEZIONE 3: SITUAZIONE DEL DIPENDENTE

1. SITUAZIONE FAMILIARE

a) figli conviventi n° 1 (indicare la data di nascita dei figli)

1) 31/1/2012 2) _____ 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 1 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

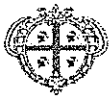
e) assistenza a persone conviventi con totale e permanente inabilità lavorativa ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92 e s.m.i.

SI indicare il numero _____ NO

Data 15/3/2016

Firma del dipendente

Luella Spole



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:

ASTENSIONE DAL SOLO LAVORO NOTTURNO

~~ASL 7 - CARBONIA
OSPEDALE SIRAI - CARBONIA
STRUTTURA COMPLESSA
DI CARDIOLOGIA E U.T.I.C.~~

ASL 7 - CARBONIA
OSPEDALE SIRAI - CARBONIA
STRUTTURA COMPLESSA
DI CARDIOLOGIA E U.T.I.C.

PARERE NEGATIVO, indicandone la motivazione:

Data 15/3/2016

Firma del dipendente

Anna Sile