REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA

Deliberazione n° 279/C

Adottata dal Commissario Straordinario in data 24 FEB 2015

OGGETTO: **Trasformazione rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale verticale – Sig. MALLICA Giovanni – Coll. Prof. San. – Infermiere.**

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Responsabile del Servizio Personale:

premesso che con delibera n° 1030 del 9/10/2007, è stato approvato, dall'Azienda ASL n°7 di Carbonia, il Regolamento del Rapporto di lavoro a tempo parziale- personale del Comparto ;

richiamati gli artt.23 – 24 del C.C.N.L. del 1998/2001- Area Comparto SSN,che disciplinano i rapporti di lavoro a tempo parziale;

vista la richiesta del 09/01/2015, Prot. 473, che si allega in copia, del dipendente, Sig. **MALLICA Giovanni**, intesa ad ottenere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale verticale,ovvero con articolazione della prestazione lavorativa in 2 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 7/04/1999;

atteso che, in merito alla seguente richiesta, il Responsabile della S.C. di appartenenza ha espresso parere favorevole, ma condizionato dall'accettazione, da parte del dipendente, di articolazione della prestazione lavorativa su 3 giorni settimanali a fronte dei 2 riportati nella richiesta, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento del Rapporto di lavoro a tempo parziale- personale del Comparto su menzionato ;

ritenuto di accogliere la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale verticale, ovvero con articolazione del servizio lavorativo su 3 giorni lavorativi, per un totale di 18 ore complessive settimanali presentata dal dipendente, **Sig. MALLICA Giovanni, 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 formalizzare la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale verticale, ovvero con articolazione del servizio lavorativo su 3 giorni, per complessive 18

REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA

ore settimanali, del dipendente, Sig. **MALLICA Giovanni**, Coll. Prof. le San.- Infermiere, a decorrere dal **01/03/2015**;

- Di stabilire che, nelle strutture in cui l'orario di servizio preveda lo svolgimento di due o più turni giornalieri, la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale non implica l'esclusione dall'obbligo di turnazione;
- 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 Fannì Pittau

Direttore Sanitario
Dott. Maggetti Silvio

Responsabile Servizio Personale
Dott.ssa Pau Maria Milena

SERVIZIO SANITARIO ASL N. 7 CARBONIA REGIONE SARDEGNA

Add: A. Congia

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione 24 FEB 2015

n. 279/C del _____

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

Pers
303.014
45

Al Direttore dell'Unità Operativa Risorse Umane

RICHIESTA PASSAGGIO RAPPORTO DI LAVORO CON IMPEGNO ORARIO RIDOTTO
per il personale appartenente all'Area di Comparto

Il sottoscritto **Giovanni Mallica**, nato a San Gavino il 11.09.1971 e residente a Gonnosfanadiga, dipendente di questa ASL con la qualifica di CPS infermiere Presso l'UOC di Ortopedia e Traumatologia del P.O. Sirai;

CHIEDE

ai sensi della regolamentazione in atto, la trasformazione al rapporto di lavoro con impegno orario ridotto, a decorrere dal 01.03.2015 con una riduzione dell'orario di lavoro settimanale pari ad ore 18.

A tal fine dichiara:

- che l'orario di servizio verrà svolto nella seguente modalità:
martedì 22-07
mercoledì 22-07

- di aver titolo all'accesso al regime di impegno orario ridotto ed all'eventuale precedenza per la seguenti esigenze familiari o sociali: padre di due figli minori di età di 6 e 5 anni.

A tal fine presenta idonea documentazione relativa alle situazioni familiari o sociali suddette.

Si impegna altresì a comunicare all'Amministrazione, entro 15 giorni, l'eventuale modifica o superamento delle esigenze sopra indicate.

(Giovanni Mallica)

Carbonia, li 9.01.2015

Si autorizza
Il Direttore della SC di Ortopedia e Traumatologia
Dott. Brunello Caddeo

Si autorizza
Il Direttore SPS
Dott. Antonello Cuccuru

ASL 7
PG/2015/ 0000473 del 09/01/2015 ore 13,13
Mittente MALLICA GIOVANNI CAO TRAUMATOLOGIA
Assegnatario Servizio Amministrazione Perso
Classifica 1.5.3 Fascicolo 3 del 2015

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ANAGRAFICHE
(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto GIOVANNI MALLICA
nato a SAN GAVINO MONREALE il 11 SETTEMBRE 1971
residente a TONNOSFANADIGA,
in VIA CAVOUR n. 7-9,

consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76, D.P.R. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75, D.P.R. 445/2000), sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

(Barrare la casella o le caselle che riguardano la dichiarazione o le dichiarazioni da produrre)

☒ di essere nato a SAN GAVINO MONREALE (CA) il 11 09 1971
☒ di essere residente a TONNOSFANADIGA;
☒ di essere cittadino ITALIANO;
☒ di godere dei diritti civili e politici;
☐ di essere: ☐ celibe - ☐ nubile - ☒ coniugato - ☐ già coniugato - ☐ vedovo;
☐ che la propria famiglia anagrafica si compone di:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela
MALLICA GIOVANNI	SAN GAVINO M.LE 11.09.71	DICHIARANTE
CONGIU ELVIRA	SAN GAVINO M.LE 29.07.79	MOGLIE
MALLICA GIOVANNI PAOLO	SAN GAVINO M.LE 23.03.08	FIGLIO
MALLICA GIUSEPPE	CAGLIARI 07.09.09	FIGLIO

☐ .....

Carbonia 19.02.2015
(luogo e data)

....L....Dichiarante

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003:
I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

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:

LUNEDÌ DALLE h 09.00 ALLE h 14.00

MARTEDÌ DALLE h 14.00 ALLE h 18.00

MERCOLEDÌ DALLE h 22.00 ALLE h 07.00

☐ PARERE NEGATIVO, indicandone la motivazione:

Data 23.02.2015

Firma dell'dipendente

Direttore Struttura Complessa
Professioni Sanitarie
Dott. Antonello CUCCURU

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