


|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>MODULO PER RICHIESTA TRASFORMAZIONE<br/>RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A<br/>TEMPO PARZIALE</b> | <b>MODULO<br/>ALLEGATO 1</b><br>Rev. 0<br>Del<br>7/09/2017<br><br>Pag. 1 di 1 |
|   | ALLEGATO 1 A REGOLAMENTO AZIENDALE<br>SUL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE                         |   |

AL DIRETTORE GENERALE ASL 2

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ dipendente di questa  
A.S.L. in qualità di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

chiede

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

A tal fine dichiara:

- di essere a conoscenza di quanto stabilito in materia dalla normativa vigente e dal Regolamento Aziendale;
- di voler prestare servizio part-time con una prestazione lavorativa ridotta al \_\_\_% per un totale di n. \_\_\_ ore settimanali con la seguente articolazione:

orizzontale

verticale

---



---



---

- di richiedere tale trasformazione per i seguenti motivi:  
(allegare dettagliata documentazione)

---



---

Il/La sottoscritto/a dichiara di dare il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili, ai sensi degli artt. 20 e 22 del D.Lgs. n. 196/2003, nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità del presente provvedimento e con le modalità sopra specificate.

Data \_\_\_\_\_

Firma

Questo documento è di proprietà dell'ASL 2  
Ogni riproduzione, se non autorizzata esplicitamente dalla Direzione Generale, è vietata.