

Bergamo, 18 LUG. 2014

AVVISO

ACCESSO AL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE DEL PERSONALE DEL COMPARTO SANITA' IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO QUESTA AZIENDA OSPEDALIERA.

SI RENDE NOTO CHE

I dipendenti interessati al rapporto di lavoro a tempo parziale dovranno presentare domanda sull'apposito modulo, di cui al fac-simile allegato, completo dei dati richiesti e corredata dalla fotocopia di un documento di identità non scaduto del dichiarante, all'Ufficio Protocollo dell'A.O. **entro il 25.08.2014**. Tale termine è perentorio. Per le domande inoltrate a mezzo del servizio postale, la data di spedizione è comprovata dal timbro a data dell'Ufficio postale accettante. In quest'ultimo caso si considereranno comunque pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate al servizio postale in tempo utile e recapitate a questa Azienda Ospedaliera oltre cinque giorni dal termine di scadenza.

In esecuzione del regolamento si precisa quanto segue:

A) Soggetti aventi diritto

Personale dipendente a tempo indeterminato alla data di scadenza del presente avviso con situazione di gravi motivi personali o familiari come indicati alla successiva lettera E).

B) Tipologie

Sono previste le seguenti tipologie di part-time:

- 50% della prestazione a tempo pieno, pari a 18 ore settimanali;
- 75% della prestazione a tempo pieno, pari a 27 ore settimanali.

Tali tipologie possono essere utilizzate sia nella forma del tempo parziale orizzontale, che in quella del tempo parziale verticale, con eventuale combinazione delle due modalità e fatto salvo il disposto dell'Art. 24 commi 2 e 3 CCNL 7.04.1999, Art.1 e 2 del D.Lgs. 25.2.2000 n° 61.

C) Durata

1anno (dal 1° gennaio 2015 al 31 dicembre 2015, salvo anticipata conclusione per il venir meno dei gravi motivi che hanno giustificato la concessione).





D) Criteri di contingentamento:

Il limite percentuale è attualmente fissato al 25% della dotazione organica dei contingenti delle categorie da ripartire tra i profili tenuto conto delle esigenze di servizio e delle carenze organiche dei profili professionali.

Qualora il 25% previsto nella categoria fosse esaurito, si dà attuazione all'Accordo Nazionale 7.4.99, art. 23 comma 10, incrementando in presenza di particolari situazioni organizzative o gravi documentate situazioni familiari il suddetto limite di un ulteriore 10%.

E) Criteri di valutazione dei gravi motivi:

SITUAZIONE DEL DIPENDENTE

- essere portatori di handicap riconosciuto o d'invalidità riconosciuta uguale o superiore al 33%;
- essere portatore di grave debilitazione psicofisica in attesa del riconoscimento (opportunamente documentata)

SITUAZIONE DEI FAMILIARI

- avere coniuge, parenti e affini fino al 2° grado o conviventi, come risultanti dalla dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia, portatori di handicap riconosciuto o d'invalidità riconosciuta uguale o superiore al 33%;
- avere coniuge, parenti e affini fino al 2° grado o conviventi, come risultanti dalla dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia, portatori di handicap o d'invalidità in attesa del riconoscimento dell'invalidità (opportunamente documentata)

Se il parente o l'affine non è convivente:

- nel caso in cui la distanza fra l'abitazione del richiedente e la persona da assistere comporti **non più di sessanta minuti** di tempo di percorrenza il richiedente deve dichiarare di prestare assistenza in maniera sistematica ed adeguata;
- nel caso in cui la distanza fra l'abitazione del richiedente e la persona da assistere comporti **più di sessanta minuti** di tempo di percorrenza il richiedente deve dichiarare di prestare assistenza in maniera sistematica ed adeguata allegando il "programma di assistenza".

SITUAZIONE DEI FIGLI

- avere figli di età inferiore ai 14 anni al 31.12.2014, si terrà conto della fascia d'età dei figli;

Si precisa inoltre che l'assenza di uno dei genitori per "vedovanza o altro" dovrà essere documentata dal richiedente mediante la presentazione della dichiarazione sostitutiva, ex art. 46 DPR 445/2000, del certificato dello stato di famiglia e della condizione di affidatario esclusivo dei figli.

N.B.: In relazione a tutto quanto sopra si sottolinea la necessità di produrre adeguata documentazione, anche autocertificata, giustificativa della richiesta.

I titoli di precedenza dovranno essere documentalmente provati; l'Amministrazione si riserva ogni controllo in merito alla regolarità dei documenti prodotti.

F) Procedimento d'accesso

La validità delle domande è limitata a ciascun avviso. Nella comunicazione al dipendente ammesso al rapporto di lavoro a tempo parziale sarà precisata, compatibilmente con le esigenze di servizio, la decorrenza e la struttura di assegnazione.

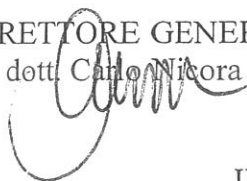
La prestazione lavorativa dovrà essere oggetto d'accordo tra Amministrazione e dipendente, nei seguenti punti:

- a) la percentuale della prestazione lavorativa (50% o 75%);
- b) la tipologia di lavoro part time (orizzontale o verticale);
- c) l'orario o gli orari di lavoro individuati nell'ambito di quelli definiti per la copertura del servizio.

Il presente avviso è stato bandito per l'anno 2015 sulla base dell'accordo sulla regolamentazione per l'accesso al rapporto di lavoro, siglato in data 10 luglio 2014 dalla Direzione aziendale, dalle R.S.U. e dalle OO.SS. del Comparto.

Per eventuali chiarimenti, gli aspiranti potranno rivolgersi all'U.S.S. Acquisizione e gestione del personale – tel. 035/267.3892 – di questa Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII – Piazza Oms, 1 24127 Bergamo, dal lunedì al giovedì dalle ore 11.00 alle ore 12.30 e dalle 14.30 alle ore 15.30 ed il venerdì dalle ore 11.00 alle ore 12.30.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Carlo Nicora



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dr. Peter Assembergs



Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Piazza OMS, 1
24127 Bergamo

Oggetto: domanda d'ammissione a rapporto di lavoro a tempo parziale per l'anno 2015

Io sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il
_____ dipendente dell'Azienda Ospedaliera nel prof. professionale di
_____ a tempo indeterminato pieno presso
_____ con la matricola n. _____, avendo superato
il periodo di prova ed in conformità al vigente regolamento aziendale in materia,

ch i e d o

di essere ammess_ a partecipare al bando interno (con scadenza 25.8.2014) per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale:

50% orizzontale / verticale

75% orizzontale / verticale

A tal fine, valendomi della facoltà concessa dagli artt.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 agli effetti del citato regolamento aziendale, l'istanza viene presentata limitatamente ai **gravi motivi** e precisamente per: _____

a tal fine allego: _____

- 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.
- che lo stato di famiglia è composto, oltre che da se stessi, dalle seguenti persone:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto col dichiarante

Distinti saluti

Bergamo, _____

(firma leggibile)

**Per presa visione
IL COORDINATORE**

Ogni comunicazione dovrà essere inviata:

Struttura di appartenenza : _____

Indirizzo di Via _____ Città _____ CAP _____

* 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

Io sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

valendomi della facoltà concessa dagli artt. 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

di assistere il sig./la sig.a _____ e che né lei né terzi usufruiscono dei benefici della Legge 104/1992 in relazione all'assistenza della persona.

Bergamo, _____

(firma leggibile)

DICHIARAZIONE

Io sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

valendomi della facoltà concessa dagli artt.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 il mio coniuge sig. _____ svolge attività lavorativa

- a tempo parziale
- a tempo pieno
- è stabilmente assente per attività lavorativa

da documentare con certificato del datore di lavoro.

Bergamo, _____

(firma leggibile)

Allegati: certificato del datore di lavoro.