ASST Rhodense
Tipo Documento Interno
Numero Protocollo 0006112/21
Data Protocollo 29/01/2021
Codice IPA: asstr AOO: asstr
Codice Registro Protocollo: RP01
Classifica: 1.4.3

Presidi Ospedalieri: Bollate, Garbagnate M.se, Passirana, Rho
Unità Struttura Complessa Amministrazione e Sviluppo del Personale

AVVISO AI DIPENDENTI CHE RIVESTONO LA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO SANITARIO (AMMISSIONE AL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE)

Con la presente si comunica che l'Amministrazione, come previsto dal PTR. DAPSS. 48, ha ritenuto di effettuare una ricognizione delle esigenze organizzative aziendali in ambito sanitario al fine di verificare la possibilità di concedere nuovi part time ai dipendenti che si ritrovano in particolari situazioni familiari o di salute.

Nell'effettuare tale ricognizione è emersa la possibilità di poter concedere nuovi part-time, della durata di anni 2, limitatamente a n.2 dipendenti di ruolo con la qualifica di – **Operatore Socio Sanitario** non potendo, al momento, estendere tale possibilità ad altre figure professionali sanitarie stante l'attuale carenza di personale.

Tutto ciò premesso si comunica che sarà consentita la trasformazione dei rapporti di lavoro da tempo pieno a tempo parziale **verticale** limitatamente a **n.2** Operatori Socio Sanitari.

Tutti i dipendenti interessati che rivestono la qualifica di Operatore Socio Sanitario potranno presentare apposita istanza (utilizzando il modulo A allegato al presente avviso) da consegnare all'Ufficio Protocollo entro e non oltre:

le ore 12,00 del giorno 26/02/2021

In presenza di più istanze, rispetto ai part time concedibili, l'amministrazione predisporrà apposita graduatoria sulla base delle situazioni segnalate da ciascun dipendente e, ciò, tenendo conto dei seguenti criteri nell'ordine di priorità sotto riportati:

a. Lavoratore con figli fino a 3 anni (in relazione al loro numero)
b. Lavoratore con figli tutti di età dai 4 ai 12 anni (in relazione al loro numero)
c. Lavoratore unico affidatario di uno o più figli di età inferiore a 13 anni (in relazione al loro numero e comunque in presenza di idonea documentazione che comprovi l'affidamento unico ovvero l'assenza dell'altro genitore. Si considera assente l'altro genitore, qualora lo stesso risulti deceduto, sia stata revocata la patria potestà sui figli, sia residente o lavori in una città diversa da quella dei figli, tale da non consentire l'accudimento quotidiano degli stessi).
d. Lavoratore con figlio/i con DSA studente del primo ciclo d'istruzione
e. Lavoratore con figlio minorenne convivente affetto da gravi patologie che richiedono l'assistenza continua del genitore
f. Lavoratore con documentata necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione a tempo pieno
g. Lavoratore che ha la necessità di assistere i genitori, il coniuge o convivente, i figli e gli altri famigliari conviventi, affetti da patologie oncologiche che richiedono terapie salvavita (a condizione che non fruisca dei benefici della legge 104/1992).
h. Lavoratore che assiste un parente CONVIVENTE in situazione di handicap con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92 (in relazione al grado di parentela e al loro numero);

i. Lavoratore che necessita di assistere i genitori, il coniuge o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi senza possibilità alternativa di convivenza che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendenti (CCNL 2016-18 art 60 comma 8)
j. Lavoratore intenzionato a svolgere altra attività di lavoro autonomo o subordinato (solo con richiesta di tempo parziale pari al 50%)
k. Lavoratore che abbia superato i 60 anni di età

In caso di parità di punteggio si terrà in considerazione la maggiore età del lavoratore.
Le condizioni suddette devono essere debitamente certificate o-autocertificate.

I dipendenti collocati nelle posizioni utili saranno chiamati a sottoscrivere il nuovo contratto individuale di lavoro. La decorrenza verrà stabilita in accordo con il lavoratore fermo restando che, tale decorrenza, non potrà essere successiva a tre mesi rispetto all'accoglimento della domanda.

Il contratto di lavoro dovrà prevedere (oltre all'impegnativa oraria settimanale a scelta del dipendente):

- Articolazione oraria con tipologia **VERTICALE**
- L'ambito orario sulle **24 ore** dal lunedì alla domenica e comunque in relazione agli orari di apertura e chiusura del servizio di attuale o futura assegnazione per **massimo 24 mesi**
- L'assenso del lavoratore a **ricostituire il rapporto di lavoro a tempo pieno, prima del termine dei 2 anni,** con il venir meno della situazione familiare o di salute che avevano consentito, secondo i criteri di cui sopra, l'ammissione al part time.

La graduatoria non sarà utilizzabile salvo il caso di immediata rinuncia dei lavoratori collocati in posizione utile.

L'Amministrazione si riserva di attuare ulteriore avviso, con cadenza semestrale, ove futuri rientri a tempo pieno e le necessità organizzative dovessero consentire la concessione di nuovi part time.

Data 29.01.2021

Il Responsabile della DAPSS
Direzione Assistenziale
Professioni Sanitarie e Sociali
Dr. John Tremamondo

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Rhodense

MODULO A

DOMANDA DI AMMISSIONE AL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE VERTICALE IN RELAZIONE ALL'AVVISO INTERNO DEL _____ (PRT. DAPSS. 48)

Il sottoscritto_____Matricola_____
nato il _____ residente a _____ in via_____
telefono_____ eventuale indirizzo e-mail privato_____
in servizio presso _____
con la qualifica di OPERATORE SOCIO SANITARIO

Presa visione dell'avviso interno in oggetto, con la presente chiede l'ammissione al rapporto di lavoro a tempo parziale **VERTICALE** con ambito orario sulle 24 ore dal lunedì alla domenica e comunque in relazione agli orari di apertura e chiusura del servizio di attuale o futura assegnazione.

A tal fine dichiara di trovarsi nella seguente situazione (barrare la voce di interesse):

a. Lavoratore con figli fino a 3 anni (in relazione al loro numero)
b. Lavoratore con figli tutti di età dai 4 ai 12 anni (in relazione al loro numero)
c. Lavoratore unico affidatario di uno o più figli di età inferiore a 13 anni (in relazione al loro numero e comunque in presenza di idonea documentazione che comprovi l'affidamento unico ovvero l'assenza dell'altro genitore. Si considera assente l'altro genitore, qualora lo stesso risulti deceduto, sia stata revocata la patria potestà sui figli, sia residente o lavori in una città diversa da quella dei figli, tale da non consentire l'accudimento quotidiano degli stessi).
d. Lavoratore con figlio/i con DSA studente del primo ciclo d'istruzione
e. Lavoratore con figlio minorenne convivente affetto da gravi patologie che richiedono l'assistenza continua del genitore
f. Lavoratore con documentata necessità di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione a tempo pieno
g. Lavoratore che ha la necessità di assistere i genitori, il coniuge o convivente, i figli e gli altri famigliari conviventi, affetti da patologie oncologiche che richiedono terapie salvavita (a condizione che non fruisca dei benefici della legge 104/1992).
h. Lavoratore che assiste un parente CONVIVENTE in situazione di handicap con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92 (in relazione al grado di parentela e al loro numero);
i. Lavoratore che necessita di assistere i genitori, il coniuge o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi senza possibilità alternativa di convivenza che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendenti (CCNL 2016-18 art 60 comma 8)
j. Lavoratore intenzionato a svolgere altra attività di lavoro autonomo o subordinato (solo con richiesta di tempo parziale pari al 50%)
k. Lavoratore che abbia superato i 60 anni di età

In particolare, si precisa che la situazione sopra indicata è la seguente (fornire le informazioni necessarie: es. Nome e Data di Nascita dei figli, Nome e Grado di Parentela del parente da assistere, ecc.
N.B. Per le situazioni di cui ai punti c) d) f) g) h) è indispensabile allegare documentazione/certificazione medica comprovante la sussistenza della situazione di interesse):

_____

_____

_____

In caso di accoglimento della presente istanza dichiara sin d'ora:

- Il proprio interesse alla seguente impegnativa oraria settimanale
  - 12 ore
  - 18 ore
  - 24 ore
  - 30 ore
- Di impegnarsi a non svolgere nessun altra attività lavorativa esterna
- Di accettare senza riserve, salvo diverso accordo tra le parti, il rientro al rapporto di lavoro a tempo pieno con il venir meno della situazione familiare o di salute che avevano consentito, secondo i criteri di cui al citato avviso, l'ammissione al part time , ciò, impegnandosi sin d'ora a sottoscrivere il contratto individuale riguardante la ricostituzione del tempo pieno.

Data_____ Firma_____