

Allegato 1 all'Avviso per il part time temporaneo 2027/2028 – Personale a tempo determinato

Spettabile  
**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DEL TRENINO**  
**VIA DEGASPERI, 79 38123 TRENTO**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
inquadrate nel profilo di \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_  
in servizio a **tempo determinato** presso la sede di \_\_\_\_\_  
Servizio/U.O. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE TEMPORANEO PER IL BIENNIO 2027-2028:**

1. preferenza per la durata della prestazione lavorativa (*barrare la casella indicante la durata prescelta*):

- 18 ore settimanali (50%)
- 21 ore settimanali (58,33%)
- 25 ore settimanali (69,44%)
- 30 ore settimanali (83,33%)

2. requisiti e/o fattore di priorità :

lettera c) della Premessa dell'Avviso (rif. art. 8, c. 4 d.lgs. 81/2015): assistenza a persone con patologie oncologiche e/o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti che abbia necessità di assistenza continua in quanto non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, come di seguito elencato:

- coniuge
- parte di unione civile** ai sensi della Legge 20/05/2016, n. 76, art. 1, comma 20 o **convivente di fatto** ai sensi dell'art. 1, comma 36
- figli
- genitori
- persona **convivente** con totale e permanente inabilità lavorativa ai sensi della L.104, punto 3, comma 3

**COGNOME NOME** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_  
**COGNOME NOME** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_  
**COGNOME NOME** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_

*(allegare in busta chiusa e sigillata la documentazione medica che comprova lo stato di malattia e necessità della persona per la quale si richiede il part time)*

- di avere n. \_\_\_\_\_ figli **conviventi** (indicare: i) cognome nome, data di nascita di ciascun figlio, ii) in caso di tre figli di cui almeno uno minore di 10 anni ai sensi della Legge 199/2025 indicare anche i figli maggiorenni conviventi, iii) in caso di gravidanza la data presunta del parto):

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA/DPP \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA/DPP \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA/DPP \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA/DPP \_\_\_\_\_

- di avere n. \_\_\_\_\_ figli **conviventi** portatori di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 1 della Legge 104/1992:

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

*(allegare in busta chiusa e sigillata la certificazione attestante il possesso della L.104/92 della persona per la quale si richiede il part time)*

- che i figli sono totalmente a proprio carico per \_\_\_\_\_ (indicare il motivo: vedovanza, separazione, divorzio e altro stato: **ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**);

- che l'altro genitore trascorre lunghi periodi lontano dalla residenza familiare (**ALLEGARE ADEGUATA DOCUMENTAZIONE DEL DATORE DI LAVORO**);

- dipendenti con disabilità certificata o in particolari condizioni psicofisiche (*allegare in busta chiusa e sigillata la documentazione medica che comprova lo stato di malattia o altre situazioni fisiche o psichiche*);

- assistenza ai genitori, il coniuge o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi, senza possibilità alternativa di assistenza, che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendenti o soggetti ad altre dipendenze certificate (*allegare in busta chiusa e sigillata la documentazione medica che comprova lo stato di malattia o altre situazioni fisiche o psichiche della persona per la quale si richiede il part time*):

coniuge

parte di unione civile, ai sensi della Legge 20/05/2016, n. 76, art. 1, comma 20 o convivente di fatto, ai sensi dell'art. 1, comma 36

figli

genitori

persona **convivente**

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ RESIDENZA \_\_\_\_\_

*(allegare in busta chiusa e sigillata la documentazione medica che comprova lo stato di malattia o altre situazioni fisiche o psichiche della persona per la quale si richiede il part time)*

- altre transitorie necessità familiari o personali come di seguito **descritte ed adeguatamente documentate** (indicare le motivazioni di richiesta):

figli tra i 14 e i 16 anni:

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

- assistenza a genitore **non convivente** con totale e permanente inabilità lavorativa ai sensi della Legge 104, punto 3, comma 3 che abbia necessità di assistenza continua in quanto non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (*allegare in busta chiusa e sigillata la certificazione medica che comprova lo stato di malattia della persona per la quale si richiede il part time*):

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

- assistenza a familiari (*allegare in busta chiusa e sigillata la certificazione medica che comprova lo stato di malattia della persona per la quale si richiede il part time*):

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

COGNOME NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

- motivi di studio, nei casi previsti dalla vigente contrattazione collettiva per la concessione dei permessi retribuiti per ragioni di studio (150 ore), a condizione che il richiedente non fruisca di detti permessi:

- tipo di corso di studi \_\_\_\_\_  
presso Istituto/Università \_\_\_\_\_  
scadenza iscrizione/rinnovo per anno 2026/2027

- tesi di laurea (iscrizione anno accademico 2025/2026)

- che la sede aziendale di appartenenza dista più di 20 km dalla propria residenza anagrafica

- altre motivazioni o necessità familiari come di seguito descritte (*indicare motivazioni che non rientrano tra le precedenti, tra cui anche quelle che erano disciplinate nei precedenti accordi - ad esempio la richiesta per età anagrafica*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tutte le comunicazioni saranno inviate all'e-mail aziendale (*nome.cognome@asuit.tn.it*).

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso e leggibile)