



Modulo di Unità Operativa	MU 201110 B 21 Rev. 4 del 04/03/2024 Pagina 1 di 2
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	
RICHIESTA IMPEGNO ORARIO RIDOTTO DIRIGENZA AREA SANITA'	

Gentile Direttore
UOC Gestione Risorse Umane,
Personale Universitario in Convenzione e
Rapporti con l'Università

Il/la sottoscritto/a NOME COGNOME
matricola n. Dirigente dell'Area Sanità con rapporto di lavoro a tempo

indeterminato e a rapporto di lavoro **esclusivo**

disciplina

in servizio presso

CHIEDE

☐	la trasformazione del rapporto di lavoro da impegno orario pieno ad IMPEGNO ORARIO RIDOTTO
☐	la PROROGA del rapporto di lavoro ad impegno orario ridotto già in atto

nella misura del:

☐	50% dell'orario di lavoro a tempo pieno (19 ore settimanali)
☐	71,05% dell'orario di lavoro a tempo pieno (27 ore settimanali)

con la seguente articolazione oraria:

☐	VERTICALE	indicare la collocazione temporale dell'orario di lavoro
☐	ORIZZONTALE	indicare la collocazione temporale dell'orario di lavoro

A decorrere dal 01/____/____



indicare di seguito le comprovate e rilevanti esigenze familiari o sociali ai sensi dell'art. 110 del CCNL dell'Area Sanità del 19/12/2019:

Allegare documentazione a supporto dell'istanza

in alternativa, indicare di seguito altre particolari esigenze o eventuali situazioni eccezionali:

Allegare documentazione a supporto dell'istanza

DICHIARO

- di essere a rapporto di lavoro esclusivo e di mantenerlo per tutta la durata dell'impegno orario ridotto;
- di essere consapevole che l'attività libero professionale intramuraria comunque classificata è sospesa per tutta la durata dell'impegno orario ridotto;
- di essere consapevole di non poter effettuare prestazioni aggiuntive così come le attività di supporto all'intramoenia;
- di essere consapevole che la titolarità di un incarico dirigenziale di natura gestionale è incompatibile con il rapporto di lavoro a impegno orario ridotto;
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente e per iscritto all'UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università il venir meno delle condizioni che hanno dato luogo all'attribuzione dell'impegno orario ridotto.

Data _____

Firma del dirigente _____

Il/La sottoscritto/a:

- è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445/2000
- è consapevole che decade dai benefici acquisiti sulla base di dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445);
- è informato che AOUI tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art.13 d. lgs. 196/2003 e art. 13 Regolamento UE 2016/679);
- è consapevole che il titolare del trattamento dei dati personali è l'AOUI e delegato al trattamento è il Direttore dell' UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università;
- è consapevole di poter esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano in corso di trattamento e alle altre informazioni di cui all'art. 15, par. 1, Regolamento UE 2016/679 e di poter proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a servizio.personale@aovr.veneto.it, all'indirizzo postale della sede legale di questa AOUI.

Data _____

Firma del dirigente _____



Esaminata la richiesta di cui sopra:

PARERE DEL **DIRETTORE/RESPONSABILE dell'Unità Operativa a cui il/la Dirigente afferisce**

☐

FAVOREVOLE

☐

NON FAVOREVOLE

motivazione _____

Data _____

Timbro e firma _____

PARERE DEL **DIRETTORE DIPARTIMENTO DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA**

☐

FAVOREVOLE

☐

NON FAVOREVOLE

motivazione _____

Data _____

Timbro e firma _____