

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
AI SENSI DEL DPR N. 445/2000

Al Direttore generale
dell'Università degli Studi di Bergamo
part-time@unibg.it

**RICHIESTA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE
DAL 01/07/2025 AL 30/06/2027 (a seguito di avviso di cui al DDG rep. n./2025)¹**

Il/La sottoscritto/a _____
in servizio presso _____ inquadrato
nell'Area dei _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'attribuzione dei posti disponibili per l'anno 2025 per rapporti di lavoro a tempo parziale di cui all'avviso in oggetto.

A tal fine richiede la trasformazione del proprio rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto a tempo parziale, dal 01/07/2025 al 30/06/2027, come segue:

- ☐ part-time al 33,33% di 12 (su 36) ore alla settimana, per le gravi motivazioni personali sotto dichiarate
- ☐ part-time al 33,33% di 4 (su 12) mesi all'anno, per le gravi motivazioni personali sotto dichiarate
- ☐ part-time al 50% di 18 (su 36) ore alla settimana
- ☐ part-time al 50% di 6 (su 12) mesi all'anno
- ☐ part-time al 66,66% di 24 (su 36) ore alla settimana
- ☐ part-time al 66,66% di 8 (su 12) mesi all'anno
- ☐ part-time al 83,33% di 30 (su 36) ore alla settimana
- ☐ part-time al 83,33% di 10 (su 12) mesi all'anno

con prestazione distribuita con modalità

- ☐ orizzontale su tutti i giorni lavorativi della settimana (n. 5 giorni da lunedì a venerdì)
- ☐ verticale/mista su n. ... giorni della settimana:
☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì
- ☐ verticale su n. mesi dell'anno, specificare i mesi interi di calendario in cui verrà effettuata la prestazione lavorativa:
☐ gennaio ☐ febbraio ☐ marzo ☐ aprile ☐ maggio ☐ giugno ☐ luglio ☐ agosto ☐ settembre
☐ ottobre ☐ novembre ☐ dicembre

con la seguente articolazione:

	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore	totale ore
lun	_____	_____	_____	_____	_____
mar	_____	_____	_____	_____	_____
mer	_____	_____	_____	_____	_____
gio	_____	_____	_____	_____	_____
ven	_____	_____	_____	_____	_____
TOT ORE SETTIMANALI					_____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

le seguenti motivazioni/condizioni che giustificano la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro (nei casi in cui sia indicata una "patologia cronico-degenerativa ingravescente", ai sensi dell'art. 9 punto 1

¹ da compilare anche a cura dei dipendenti che hanno un contratto part time in scadenza nell'anno

del regolamento, si deve fornire idonea certificazione medica in cui è riportato espressamente che si tratta di una "patologia cronico-degenerativa ingravescente"):

DICHIARA INOLTRE

il proprio stato civile -----

di voler svolgere la seguente attività di lavoro autonomo/subordinato presso
----- con sede a
----- con iscrizione al seguente albo professionale:
----- [parte da compilare solo nel caso di richiesta
part-time (max 50%) per altra attività di lavoro]

Il/La sottoscritto/a dichiara infine:

- di aver preso visione delle modalità e dei termini di assegnazione dei posti part-time disponibili contenuti nel regolamento vigente in materia e nell'avviso in oggetto;
- che i titoli di cui sopra sono posseduti alla data di scadenza indicata nell'avviso;
- di essere disponibile ove necessario ad eventuali spostamenti di struttura o sede;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente richiesta nel rispetto della disciplina di cui al d.lgs. 196/2003 e al Regolamento UE 2016/679;
- di essere consapevole che per le posizioni part time rientranti nelle gravi e documentate situazioni familiari di cui all'art. 9 del vigente regolamento:
 - qualora si preveda che le condizioni che determinano la priorità nella concessione del beneficio vengano meno prima della scadenza del rapporto part-time indicata nell'avviso (ad esempio per prevedibile raggiunti limiti di età dei figli), la scadenza del contratto sarà determinata secondo tale previsione;
 - qualora le condizioni che hanno determinato la priorità nella concessione del beneficio dovessero venir meno in maniera imprevedibile, è obbligo del dipendente darne immediata comunicazione al Servizio Personale TA e collaboratori e che in tal caso, la scadenza sarà anticipata ed il rientro a tempo pieno decorrerà dal secondo mese successivo al verificarsi dell'evento.

In questi casi previa richiesta del dipendente qualora ci fossero posti disponibili nel contingente del 25% la Direzione generale potrà valutare il mantenimento del beneficio fino alla scadenza indicata nell'avviso.

Allega:

- copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità;

Luogo e data -----

Firma del dipendente -----

Parere del Responsabile: ☐ Favorevole ☐ Non favorevole

In caso di parere sfavorevole indicare motivazione:

Luogo e data -----

Firma del Responsabile -----