

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

recapito telefonico: _____ mail (campo obbligatorio) _____

con rapporto di lavoro a **tempo parziale** orizzontale verticale misto

con durata del 33,33% 50,00% 66,66% 83,33%

CHIEDE

per la seguente motivazione: _____

di modificare dal ⁽¹⁾ _____ al _____

l'orario settimanale come segue ⁽²⁾ :

Lunedì dalle ore _____ alle ore _____

Martedì dalle ore _____ alle ore _____

Mercoledì dalle ore _____ alle ore _____

Giovedì dalle ore _____ alle ore _____

Venerdì dalle ore _____ alle ore _____

per un totale di n. _____ ore settimanali con n. _____ rientri settimanali.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);

- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della 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).

Firenze, _____

Firma del dipendente _____

NULLA OSTA

Il Responsabile ⁽³⁾ :

_____ *timbro e firma*

(1) Il periodo di riferimento della variazione deve essere indicato dal lunedì alla domenica.

(2) La variazione dell'articolazione oraria settimanale dovrà rispettare sia la quantità dei giorni lavorativi che la quantità di ore lavorative attualmente osservate.

(3) Il nulla osta dovrà essere rilasciato: nei Dipartimenti, dal Direttore per il personale di area tecnica e dal RAD per il personale di area amministrativa; in tutte le altre strutture dal Dirigente. Per il personale in convenzione occorre il nulla osta del referente ospedaliero oltre a quello del Direttore di Dipartimento.