

RICHIESTA PART-TIME OPERATORI DI SOSTEGNO

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

SOCIETA' DI SERVIZI VALLE D'AOSTA S.p.A.
PIAZZA DELLA REPUBBLICA, 15
11100 AOSTA AO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME		NOME	
----------------	--	-------------	--

DATI ANAGRAFICI

DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE			

PRESA VISIONE DEL ACCORDO INTEGRATIVO TRA LA SOCIETA DI SERVIZI VALLE
D'AOSTA E OO.SS. PER LA GESTIONE DELL'ISTITUTO DEL PART TIME PER I DIPENDENTI
ASSUNTI CON IL PROFILO DI OPERATORE DI SOSTEGNO ASSISTENTE SOCIALE
OPERATORE SOCIO SANITARIO CCNL SERVIZI ASSISTENZIALI AGIDAE,
CHIEDE

di modificare il suo orario settimanale in

- tempo parziale settimanale orizzontale/verticale con una prestazione di 30 ore settimanali per il periodo oggetto di attività lavorativa;
- tempo parziale settimanale orizzontale/verticale con una prestazione di 25 ore settimanali per il periodo oggetto di attività lavorativa;
- tempo parziale settimanale orizzontale/verticale con una prestazione di 20 ore settimanali per il periodo oggetto di attività lavorativa;
- tempo parziale settimanale orizzontale/verticale con una prestazione di 18 ore settimanali.

Con la seguente distribuzione oraria:

Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	

Con la seguente motivazione:

DATA _____

FIRMA