

Al Direttore della UOC \_\_\_\_\_

Al Direttore del Dipartimento / Zona Distretto \_\_\_\_\_

Al Direttore della UOC Gestione presenze / assenze e monitoraggio costi del personale

## Oggetto: Richiesta applicazione orario concentrato

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

in servizio presso la UOC/UF \_\_\_\_\_

sede di servizio \_\_\_\_\_

residenza: \_\_\_\_\_

domicilio (se diverso): \_\_\_\_\_

**chiede**

di poter usufruire dell'orario concentrato previsto dal regolamento aziendale

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

trovandomi in una delle seguenti casistiche (barrare o inserire una X sulla scelta):

- 1.** dipendente con figlio minore di anni 12;
- 2.** dipendente in condizione di grave disabilità o che usufruisce dei benefici della Legge 104;
- 3.** dipendente che rientra nell'applicazione dell'art. 43 comma 3 lettera g) - *situazione di svantaggio personale sociale e familiare dei genitori di figli minori di anni 12*, o lettera h) - *genitori, anche adottivi, di figli studenti del primo ciclo dell'istruzione con disturbi specifici di apprendimento (DSA) impegnati nell'assistenza alle attività scolastiche a casa ai sensi dell'art. 6 della Legge 8 ottobre 2010, n. 170).*

**U.O.C.  
GESTIONE  
PRESENZE E  
ASSENZE E  
MONITORAGGIO  
COSTI**

ff Dott. Francesca Mignoni

Uffici Presenze-Assenze  
Ambiti zonali

[presenze.livorno@uslnordovest.toscana.it](mailto:presenze.livorno@uslnordovest.toscana.it)  
[presenze.lucca@uslnordovest.toscana.it](mailto:presenze.lucca@uslnordovest.toscana.it)  
[presenze.massa@uslnordovest.toscana.it](mailto:presenze.massa@uslnordovest.toscana.it)  
[presenze.pisa@uslnordovest.toscana.it](mailto:presenze.pisa@uslnordovest.toscana.it)  
[presenze.viareggio@uslnordovest.toscana.it](mailto:presenze.viareggio@uslnordovest.toscana.it)

**Azienda USL Toscana Nord Ovest,**

sede legale:  
Via Cocchi 7/9 - 56121  
Ospedaletto (Pi)  
p.i. 02198590503  
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

- 4.** situazioni temporanee di difficoltà personali (documentate) inserire periodo di riferimento **non superiore a 6 mesi nell'anno;**
- 5.** dipendente la cui residenza o domicilio dista dal luogo di lavoro più di 20 km (andata e ritorno complessivamente più di 40 km).

Il sottoscritto è consapevole che:

- in caso di orario “flessibile concentrato” deve esserci la compatibilità con le esigenze di servizio della struttura;
- in caso di prestazione giornaliera superiore perché richiesto straordinario, deve comunque fare la pausa alla 6 ora;
- che nel caso sia autorizzato all’orario concentrato può sempre scegliere se farlo tutti i giorni oppure se utilizzarlo in alcune giornate ed in altre osservare l’orario con pausa e rientro pomeridiano;
- che al venire meno delle condizioni sopra richiamate quali condizioni per la concessione dell’orario concentrato si applica la normale articolazione oraria prevista nella struttura.

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità anche penale ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 di rientrare nella casistica sopra prevista.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE / RESPONSABILE**

**VISTA LA RICHIESTA E VALUTATA LA COMPATIBILITA' CON LE ESIGENZE DI SERVIZIO DELLA STRUTTURA AUTORIZZA**

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**U.O.C.  
GESTIONE  
PRESENZE E  
ASSENZE E  
MONITORAGGIO  
COSTI**

ff Dott. Francesca Mignoni

Uffici Presenze-Assenze  
Ambiti zonali

[presenze.livorno@uslnordovest.toscana.it](mailto:presenze.livorno@uslnordovest.toscana.it)  
[presenze.lucca@uslnordovest.toscana.it](mailto:presenze.lucca@uslnordovest.toscana.it)  
[presenze.massa@uslnordovest.toscana.it](mailto:presenze.massa@uslnordovest.toscana.it)  
[presenze.pisa@uslnordovest.toscana.it](mailto:presenze.pisa@uslnordovest.toscana.it)  
[presenze.viareggio@uslnordovest.toscana.it](mailto:presenze.viareggio@uslnordovest.toscana.it)

**Azienda USL Toscana Nord  
Ovest,**

sede legale:  
Via Cocchi 7/9 - 56121  
Ospedaletto (Pi)  
p.i. 02198590503  
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FRANCESCA MIGNONI

DATA FIRMA: 15/05/2024 09:20:41

IMPRONTA: 36366561636238633534383936376135623961363566386539353236613262616632393132333261