

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Responsabile dell'Unità di Processo  
"Amministrazione Personale Tecnico-Amministrativo  
e Collaboratori ed Esperti linguistici"

Oggetto: Modifica della tipologia e/o articolazione oraria settimanale, personale in afferenza assistenziale - dipendente: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità  
di Dirigente/ Responsabile dell'Unità Organizzativa  
\_\_\_\_\_ dell'Università degli Studi di Firenze  
e

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità  
di Dirigente/ Responsabile della Struttura Operativa Dipartimentale <sup>1</sup>  
\_\_\_\_\_ dell'Azienda Sanitaria

valutate le esigenze di servizio e in accordo con il/la dipendente, **chiedono** per  
(cognome e nome): \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_  
codice sede di afferenza \_\_\_\_\_  
a partire dal lunedì: <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

e fino a diversa comunicazione,  
(oppure, eventuale)<sup>3</sup>: fino al \_\_\_\_\_, data dopo la quale riprenderà l'orario attuale,  
l'inserimento della tipologia oraria settimanale a tempo pieno così articolata:

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 _____

data \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE (AZIENDA SANITARIA)    IL RESPONSABILE (UNIVERSITA')

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Art. 6, comma 3 dell'Accordo del 21 febbraio 2008.

<sup>2</sup> Inserire la data gg/mm/aaaa.

<sup>3</sup> Da compilare solamente nel caso in cui il cambio di tipologia oraria sia temporaneo; la data di termine dell'orario deve coincidere con una domenica.

