

	Amministrazione destinataria Regione Marche Ufficio destinatario	
--	--	--

Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
inquadramento nel seguente profilo professionale										
Figura professionale			Categoria salariale			Posizione economica				
Direzione			Servizio							

CHIEDE

☐	di modificare l'attuale rapporto di lavoro da tempo pieno a part-time con le caratteristiche sotto indicate	
Tipologia		
☐	verticale	
☐	orizzontale	
☐	☐	mattina
☐	☐	pomeriggio
☐	misto	
☐	lunedì	
☐	martedì	
☐	mercoledì	
☐	giovedì	
☐	venerdì	
Percentuale		
%		
☐	di modificare l'attuale rapporto di lavoro da part-time a tempo pieno	
☐	di modificare le modalità dell'attuale rapporto di lavoro part-time come di seguito indicato	
Attuale tipologia		
☐	verticale	
☐	orizzontale	
☐	☐	mattina
☐	☐	pomeriggio
☐	misto	
☐	lunedì	
☐	martedì	
☐	mercoledì	
☐	giovedì	
☐	venerdì	
Percentuale		

☐	altri allegati (specificare)
--------------------------	------------------------------

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante