



**SANTASERVICE ASL BR s.r.l.**  
**Società Unipersonale della ASL di Brindisi**

Società soggetta a direzione e coordinamento da parte  
dell'ASL BR ai sensi dell'art. 2497 e ss. Codice Civile

**DOMANDA PER INCREMENTO ORARIO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
dipendente della Società del servizio di Pulimento e Sanificazione con contratto di lavoro a tempo  
indeterminato e part time

**CHIEDE**

l'incremento del proprio orario lavorativo settimanale dalle attuali ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITA'**

a svolgere l'attività lavorativa presso il P.O. Perrino ovvero nelle strutture con maggiore fabbisogno  
di personale.

Inoltre il sottoscritto, al fine di una eventuale applicazione del Regolamento di mobilità aziendale,  
consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e  
di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art.76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

- di essere portatore di handicap in applicazione dell'articolo 21, comma 1, Legge n. 104/92;
- di appartenere alle Categorie protette ex Legge n. 68/92;
- di essere assistente di portatore di handicap grave di cui alla Legge n. 104/92;
- di avere figli a carico conviventi da celibe/nubile/vedovo;
- di avere figli a carico conviventi da coniugato;
- di avere n. ... figli a carico conviventi di età inferiore a 3 anni;
- di avere n. ... figli a carico conviventi di età superiore a 3 anni ed inferiore a 6 anni;
- di avere n. ... figli a carico conviventi di età superiore a 6 anni ed inferiore a 14 anni;
- di essere in possesso di una anzianità di servizio prestato presso strutture della ASL BR,  
svolta con la qualifica in atto, di anni ... e mesi ... , maturata come di seguito:  
1) dal ..... al ....., alle dipendenze della ditta ....., P. IVA  
..... avente sede legale in ..... alla via ..... n. .... , con la mansione  
di ..... presso la struttura ..... della ASL BR;
- 2) dal ..... al ....., alle dipendenze della ditta ....., P. IVA  
..... avente sede legale in ..... alla via ..... n. .... , con la mansione  
di ..... presso la struttura ..... della ASL BR;
- 3) dal ..... al ....., alle dipendenze della ditta ....., P. IVA  
..... avente sede legale in ..... alla via ..... n. .... , con la mansione  
di ..... presso la struttura ..... della ASL BR.

Il sottoscritto autorizza la Sanitaservice al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi  
all'espletamento della procedura di mobilità, ai sensi della Legge 30/12/2003 n. 196.

**Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni mendaci  
decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non  
veritiere.**

Il dipendente

\_\_\_\_\_