

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 269 del 24 APRILE 2013

O G G E T T O	<p style="text-align: center;">ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE "REGOLAMENTO AZIENDALE SUL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE DEL PERSONALE DEL COMPARTO": RECEPIMENTO</p>
---------------------------------	---

L'anno duemilatredici il giorno VENTIQUATTRO
del mese di APRILE in OMEGNA,

IL DIRETTORE GENERALE

- Dott. Adriano Giacoletto

coadiuvato da:

- Dott. Francesco Garufi **DIRETTORE SANITARIO**

- Dott. Rino Bisca **DIRETTORE AMMINISTRATIVO**



Riservato alla S.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per la registrazione della spesa
data _____

al N. _____ conto _____

IL RESPONSABILE F.F. REF

Beneficiario _____ €. _____

Beneficiario _____ €. _____

Beneficiario _____ €. _____

Annotazioni eventuali :

M d
✓

**STRUTTURA COMPLESSA GESTIONE RISORSE UMANE
PROPOSTA ISTRUTTORIA**

La disciplina legislativa in materia di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale è contenuta nel testo novellato dall'art. 73 della D.L. 25 giugno 2008, n. 112 come modificato dalla Legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133, nel D.Lgs.vo 61/2000, nella Legge 247/2007, nella Legge 8.3.2000 n. 53; a sua volta la disciplina contrattuale del rapporto di lavoro a tempo parziale, relativamente al personale del Comparto del S.S.N., è contenuta negli articoli 23, 24 e 25 del CCNL del 07.04.1999, negli artt. 34 e 35 del CCNL 20.09.2001, integrativo del CCNL 7.04.1999 e nell'Art. 22 del CCNL 19.04.2004.

Preso atto delle linee guida emanate dalla Regione Piemonte con DGR n. 31-2891 del 14.11.2011

Le predette disposizioni contrattuali prevedono che il numero di rapporti di lavoro a tempo parziale non possa superare il contingente del 25% dei profili delle diverse categorie della dotazione del personale, percentuale incrementabile in sede di Contrattazione Collettiva Integrativa Aziendale di un ulteriore 10% in presenza di particolari gravi situazioni patologiche del dipendente, opportunamente vagilate da apposita Commissione individuata per le specifiche competenze.

L'Azienda al fine di attivare una idonea flessibilità nell'organizzazione del lavoro, nell'intento di conciliare i tempi di vita dei lavoratori dell'Azienda e il perseguimento dell'interesse istituzionale e di buon funzionamento dell'Azienda; ha ritenuto opportuno aprire un tavolo di confronto con le OO.SS. ed RSU del personale del Comparto, per un aggiornamento regolamentare dell'istituto del tempo parziale.

Al termine della trattativa si è pervenuti in data 29.03.13 alla sottoscrizione di un accordo contenente le linee di indirizzo sulla disciplina del lavoro a tempo parziale che tiene conto dei principi sopra enunciati.

Attesa pertanto la necessità di recepire detto accordo, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale

Tutto ciò premesso

Viste le disposizioni legislative e contrattuali in materia tutte sopra richiamate

S I P R O P O N E

- 1) **Di recepire**, per i motivi di cui in narrativa, l'Accordo Integrativo Aziendale "Regolamento Aziendale sul Rapporto di Lavoro a Tempo Parziale del Personale del Comparto" e il "Piano Aziendale sul Rapporto di Lavoro a Tempo Parziale del Personale del Comparto" sottoscritti con la RSU e le OO.SS. CGIL FP, CISL FP, FSI, FIALS e Nursing UP allegati alla presente per farne parte integrante e sostanziale, in applicazione degli istituti normativi e regolamentari vigenti in materia di rapporto del lavoro a tempo parziale del personale del Comparto del S.S.N.
- 2) **Di dare mandato** alla Segreteria Generale di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 14 della L.R. n. 10 del 24/01/95.
- 3) **Di precisare** che dalla sottoscrizione del presente accordo non derivano oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda, né diretti né indiretti.

Three handwritten signatures are present at the bottom of the document. From left to right: a signature consisting of a vertical line and a curved flourish; a simple circle; and a stylized, cursive letter 'Z'.

- 4) **Di fornire** al succitato accordo la più ampia diffusione disponendone la pubblicazione sul sito Aziendale.
- 5) **Di dare atto** che l'accordo sopra evidenziato è stato inviato all'ARAN e al CNEI, ai sensi dell'art. 40-bis, comma 5, D.lgs.vo 165/2001, come modificato dall'art. 55, D.Lgs.vo 150/2009, con nota prot. n. 24073 del 18.04.13



**IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA GESTIONE RISORSE UMANE
(Dott.ssa Claudia SALA)**

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopraestesa proposta istruttoria

ACQUISITI i pareri favorevoli espressi ai sensi dell'art. 3 – comma 1-quinquies del D.Lgs.vo 19 Giugno 1999 n. 229, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore sanitario

Decide di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

/cv

Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Adriano Giacoletto)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Francesco Garufi)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Rino Risca)

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo Ufficiale dell'A.S.L. VCO il giorno 29 APR. 2013 per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ESECUTIVITA' IN DATA _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Trasmissione a:

- Collegio Sindacale
- Conferenza dei Sindaci
- Giunta Regionale

Nota prot. n. _____ del _____
Nota prot. n. _____ del _____
Nota prot. n. _____ del _____

Copia per strutture:

<input checked="" type="checkbox"/>	DSO V
<input checked="" type="checkbox"/>	SERT
<input checked="" type="checkbox"/>	DIST. 0
<input checked="" type="checkbox"/>	DIST. V
<input checked="" type="checkbox"/>	DIST. D
<input type="checkbox"/>	ML
<input type="checkbox"/>	MED URG
<input checked="" type="checkbox"/>	SITRPO
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input checked="" type="checkbox"/>	DSM
<input checked="" type="checkbox"/>	DP
<input type="checkbox"/>	F
<input type="checkbox"/>	SD
<input type="checkbox"/>	LP
<input type="checkbox"/>	AG
<input type="checkbox"/>	BC
<input checked="" type="checkbox"/>	RU
<input type="checkbox"/>	PP
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	MED. COMP
<input type="checkbox"/>	FL
<input type="checkbox"/>	REF
<input type="checkbox"/>	ITB
<input type="checkbox"/>	ICT
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. CHIRUR.
<input checked="" type="checkbox"/>	DIP TECNICO AMMVO
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. ONCOL.
<input type="checkbox"/>	DIP. SERVIZI DIAGN.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>

DIP. EMERG. URG.
DIP. AREA CRITICA
DIP. DIPENDENZE
DIP. POST ACUZIE
DIP. PAT. CNV
DIP. FARMACO
DIP. PAT. MEDICHE
DIP. MAT. INF.