

# Istanza di ripristino del rapporto di lavoro a tempo pieno

AL DIPARTIMENTO REGIONALE  
DELLA FUNZIONE E DEL PERSONALE  
SERVIZIO 1 - GESTIONE GIURIDICA DEL PERSONALE  
Mail : giuridicoindeterminato.fp@regione.sicilia.it

Indirizzo dell'Ufficio presso il quale il richiedente presta servizio

Per il tramite del (\*)

Cognome e Nome

Matricola n.

Codice fiscale

residente a

prov.

via/piazza

numero civico

indirizzo e-mail@

recapito telefonico

in servizio presso codesta Area/Servizio

categoria

attualmente in servizio con contratto di lavoro a tempo parziale di tipo :

con prestazione lavorativa pari al

%

di quella a tempo pieno di cui al D.D.G. n.

del

## CHIEDE

Il ripristino del rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno a decorrere dal (\*\*)

Il/La Sottoscritto/a dichiara, consapevole delle responsabilità civili e penali cui incorre in caso di dichiarazioni mendaci o infedeli, di aver cessato l'attività di lavoro svolta al di fuori dell'orario di servizio .

Data

Firma del dipendente - Nome e Cognome (\*\*\*)

VISTO

Il Dirigente dell'Area/Servizio

(\*) Indicare l'indirizzo completo dell'Ufficio presso il quale il richiedente presta servizio

(\*\*) indicare un preavviso di almeno 30 giorni e previa cessazione dell'eventuale attività lavorativa esterna

(\*\*\*) Allegare copia fronte/retro del codice fiscale e del documento di riconoscimento in corso di validità