

Fac-simile **domanda di trasformazione** del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale, di **modifica** dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale (O.M. 22.07.1997, n. 446) Personale **DOCENTE – EDUCATIVO - ATA**

Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____ (prov. _____)
il _____, C.F. _____ titolare presso _____
_____ in qualità di _____, classe di
concorso/ posto/profilo, ai sensi del C.C.N.L. Comparto Scuola - e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

CHIEDE

LA TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;

LA MODIFICA del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;

a decorrere dal 01 settembre _____ secondo la seguente tipologia:

A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE per n. ore _____/_____
(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)

B - TEMPO PARZIALE VERTICALE per n. ore _____/_____

INDICARE I GIORNI DI PRESENZA IN SERVIZIOO _____
(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)

C- TEMPO PARZIALE MISTO _____

INDICARE LA MODALITA' _____
(articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lett. A e B)

A tal fine dichiara:

1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa _____ mm: _____ gg: _____;

2) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:

a) portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
(documentare con dichiarazione personale);

b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18; (documentare con dichiarazione personale);

c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; (documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commiss. Sanitarie Provinciali);

d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; (documentare con dichiarazione personale);

e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero; (documentare con dichiarazione personale);

f) aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio; (documentare con dichiarazione personale);

g) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; (documentare con idonea certificazione).

Il sottoscritto/a in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi alla sede di titolarità.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: _____

Data _____ Firma _____

Firma di autocertificazione

(DPR 445/2000 -da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Dlgs 196/2003 e Regolamento CE, Parlamento Europeo 27/04/2016 n° 679, G.U. 04/05/2016).

=====

Riservato all' Istituzione Scolastica : assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____ Si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **RISULTA COMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. **SI ESPRIME**, pertanto, parere favorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data _____