**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME -** \_

\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(prov.) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell’art. 58 del C.C.N.L. 29/11/2007 – 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 01/09/\_\_\_\_\_ e 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 \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)

C -TEMPO PARZIALE MISTO **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lett. A e B)

A tale 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) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall’Amministrazione di competenza; (**documentare con idonea**

**certificazione**).

**\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi alla**

**sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale (***solo per il personale ATA)*

**\_ l\_ sottoscritt\_ dichiara fin d’ora di accettare che l’articolazione oraria del part time (ovvero i giorni in cui**

**verrà effettuata la prestazione lavorativa) sarà definita annualmente in relazione alla compatibilità dell’orario**

**richiesto con l’orario definitivo delle lezioni che verrà elaborato all’inizio di ciascun anno scolastico**, **e di**

**accettare altresì eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l’unicità**

**dell’insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate in sede di adeguamento**

**dell’organico di diritto alla situazione di fatto.**

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma di autocertificazione**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; 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

(Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Riservato alla istituzione scolastica:** Assunta al protocollo della scuola al n.\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_

Preso atto della dichiarazione resa dall’interessato, si dichiara che la richiesta e l’orario di riduzione

di lavoro a tempo parziale **E’ 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_