MODELLO DI DOMANDA PART-TIME – RIENTRO A TEMPO PIENO

(in carta semplice, da trasmettere all’Istituzione scolastica di titolarità)

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. ) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolare presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, classe di concorso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi degli articoli 39 e 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 tipologiadell’orario di servizio;

 **□-IL RIENTRO A TEMPO PIENO**

 **a decorrere dall’1 settembre 2024 secondo la seguente tipologia (solo per le richieste di part-time):**

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 CICLICO **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (solo per il personale A.T.A. - articolazionedella prestazione risultantedalla combinazionedelle 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:
3. portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (**documentare con dichiarazione personale**);
4. 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**);
5. 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’A.S.L. o da preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali**);
6. figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d’obbligo (**documentare con dichiarazione personale**);
7. 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**);
8. aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio (**documentare con dichiarazione personale**);
9. esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall’Amministrazione di competenza (**documentare con idonea certificazione**).

**\_\_l\_\_ sottoscritto/a 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.**

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

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

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

**Firma di autocertificazione**

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

(D.P.R. n. 445/2000 - da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all’addetto dell’Istituzione scolastica)

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 30/06/2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 07/12/2006, n. 305)

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

**===================================================================**

**Riservato al Dirigente scolastico**: assunta al protocollo dell’Istituzione scolastica n.\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_

Si dichiara che l’orario di lavoro richiesto **È COMPATIBILE** con l’organizzazione dell’orario di servizio scolastico. **SI ESPRIME**,pertanto,parere favorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di lavoro del/della richiedente.**

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Dott.ssa Teresa CUCCINIELLO

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_