**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME**

(*In carta semplice da inoltrare per il tramite del Dirigente Scolastico*)

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_)

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità

di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cl. di Concorso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(solo per la scuola secondaria),

**dell’art. 58 (personale A.T.A.)** del C.C.N.L. 29/11/2007 – Comparto Scuola - e dell’O.M. n. 446 del

22/7/1997,

**CHIEDE** *(Barrare la voce che interessa)*

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

**a decorrere dal 01/09/2013 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 settimanali, ovvero per periodi predeterminati nel corso del mese/anno)

**C** -TEMPO PARZIALE MISTO per n. ore **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(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:
   1. portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (**documentare con dichiarazione personale**);
   2. 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**);
   3. 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**);
   4. figli di età inferiore a quella prescritta per l a frequenza della scuola d’obbligo; ( **documentare con** **dichiarazione personale** );
   5. 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** );
3. aver superato i 60 anni di età ovvero aver compi uto 25 anni di effettivo servizio; (**documentare con** **dichiarazione personale** );
4. esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall’Amministrazione di competenza; (**documentare con idonea certificazione**).

**\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ in caso di trasferimento o passaggio di ruolo si impegna a confermare o revocare la domanda di tempo parziale.**

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

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 pre sente 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 \_\_\_\_\_\_\_\_

Si dichiara che la richiesta e l’orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **E’ COMPATIBILE** con l’organizzazione dell’orario di servizio scolas tico. **SI ESPRIME,** pertanto, parere favorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/la richiedente.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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