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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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;

 **a decorrere dal 01 settembre 2012 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)

A tale fine dichiara:

1. di avere la seguente anzianità di servizi odi ruolo: aa:\_\_\_\_\_\_\_mm:\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di avere la seguente anzianità di servizio pre-ruolo:aa:\_\_\_\_\_\_\_mm:\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
3. di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall’art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/89, integrato dall’art. 1, c. 64 L. n. 662/96, in ordine di priorità (contrassegnare le sole situazioni possedute):
4. portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (**documentare con dichiarazione personale**)
5. 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** )
6. 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**);
7. figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d’obbligo; (**documentare con dichiarazione personale** );
8. 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** );
9. aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio; (**documentare con dichiarazione personale** );
10. 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 ruolo si impegna a far 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**

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

(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 \_\_\_\_\_\_\_\_

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.**

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO