

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME – RIENTRO A TEMPO PIENO
(in carta semplice da inoltrare per il tramite del Dirigente Scolastico)

__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 tipologia dell'orario di servizio;

☐ **-IL RIENTRO A TEMPO PIENO**

a decorrere dall'1 settembre 2020 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 MISTO _____
(solo per il personale A.T.A. - 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'A.S.L. o da preesistenti Commissioni 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**).

__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

(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 **È 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 _____