**DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PART-TIME)**

DEL PERSONALE A.T.A. O.M. N.446 del 22/07/1997-CCNL 29/11/2007

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(prov.\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di PERSONALE A.T.A.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ASSISTENTE AMMINISTRATIVO | |  | ASSISTENTE TECNICO |  |  | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  | | |  | |
| COLLABORATORE SCOLASTICO | |  | ADDETTO ALLE AZIENDE AGRARIE |  |  |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |

**CHIEDE**

a decorrere dal 01 settembre 2025:

▢ La **TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, secondo la seguente tipologia:

**A** - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE per n. ore \_\_\_\_\_\_/36

*(articolazione della prestazione del servizio su* ***tutti*** *i giorni lavorativi deliberati dall’Istituzione Scolastica □ 6 giorni ovvero □ 5 giorni)*

**B** - TEMPO PARZIALE VERTICALE per n. ore \_\_\_\_\_\_/36, pertanto escludendo il/i giorno/i seguenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

▢ La **MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell’orario di servizio, secondo la seguente tipologia:

* **A** - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE per n. ore \_\_\_\_\_\_/36

*(articolazione della prestazione del servizio su* ***tutti*** *i giorni lavorativi deliberati dall’Istituzione Scolastica □ 6 giorni ovvero □ 5 giorni)*

**B** - TEMPO PARZIALE VERTICALE per n. ore \_\_\_\_\_\_/36, pertanto escludendo il/i giorno/i seguenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

▢ Il **RIPRISTINO** del rapporto di lavoro a tempo pieno.

**A TALE FINE DICHIARA:**

1. di avere un’anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo, riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di 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 Commissioni Sanitarie Provinciali);

d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell’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 certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall’ASL o da preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali);

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\_\_ sottoscritt \_\_\_, in caso di trasferimento o passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità, e/o ruolo di appartenenza, ed a confermare la domanda di tempo parziale, con particolare riguardo all’articolazione della prestazione di servizio.**

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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