MODELLO DI DOMANDA PART-TIME – PERSONALE EDUCATIVO ED A.T.A

Al Dirigente dell 'Ufficio VII
Ambito territoriale per la provincia di
FROSINONE -
Viale Olimpia, n.14 - 16 FROSINONE

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di titolarità

__l__ sottoscritt_____nat__ a_____
(prov.) il_____ titolare presso_____
in qualità di_____, ai sensi 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;

a decorrere dal 01/09/_____ 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)

C -TEMPO PARZIALE MISTO **_____**
(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:
o portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (**documentare con dichiarazione personale**)
o 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**)
o 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**);
o figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; (**documentare con dichiarazione personale**);
o 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**);
o esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; (**documentare con idonea certificazione**).
(Barrare la casella di interesse)

DICHIARA inoltre:

☐ di non voler intraprendere altra attività lavorativa
Ovvero

☐ di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (in questo caso l'orario part-time richiesto non può superare il 50% dell'orario di servizio) .

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

Data _____

Firma di autocertificazione

(leggi 15/1968, 127/1997, DPR 445/2000 –da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla 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 della Pubblica Amministrazione (Decreto Legislativo 30.6.2003, n, 196 e Regolamento Ministeriale 7.12.2006, n. 305).

Data _____ firma _____

TIMBRO DELLA SCUOLA
ASSUNTO AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N. _____ IN DATA_____SI COMPONE DI N._____ ALLEGATI.
Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a, 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 parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
_____