

**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 <b>TRASFORMAZIONE</b> del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;	La <b>MODIFICA</b> del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;
--	--

(n.b. barrare la casella che interessa)

a decorrere dal **01 settembre 2017** secondo la seguente tipologia:

A	TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE	n. ore ____ / su ____ ore	Articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi.
B	TEMPO PARZIALE VERTICALE	n. ore ____ / su ____ ore	Articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi.
C	TEMPO PARZIALE MISTO	_____ _____	<b>Per il solo personale A.T.A.</b> - articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lettere 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; <b>(documentare con dich. personale)</b>
B	Personale a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18; <b>(documentare con dich. personale)</b>
C	Familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; <b>(documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali);</b>
D	Figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo <b>(documentare con dichiarazione personale);</b>
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 <b>(documentare con dichiarazione personale);</b>
F	Aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio <b>(documentare con dichiarazione personale);</b>
G	Esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza <b>(documentare con idonea certificazione).</b>

\_\_ 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.

ALLEGATI (documenti, certificazioni, dichiarazioni etc)	1) _____ 2) _____
	3) _____ 4) _____

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