

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

**Al Dirigente dell 'Ufficio VI
Ambito territoriale della provincia di ROMA
Via Frangipane, 41ROMA**

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di servizio

l'____sottoscritt____nat____a
____(prov.____)
il____
titolarepresso____codice meccanografico____
in servizio presso (se diverso da quello di titolarità)____
____codice meccanografico____
in qualità di____
ai sensi del C.C.N.L. 29/11/2007 - Comparto Scuola e dell'O.M. n. 446 del22/7/1997,

CHIEDE

- LA TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempoparziale;
a decorreredal 01/09/2021e secondo la seguentetipologia:

A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE pern.ore____/____

(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)

B - TEMPO PARZIALE VERTICALE pern.ore____/____

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

C - TEMPO PARZIALEMISTO____

(articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lett. A e B)

- LA MODIFICA del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario diservizio;
a decorreredal 01/09/2021e secondo la seguentetipologia:

A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE da n.ore____/____ a n. ore____/____

B - TEMPO PARZIALE VERTICALE da n.ore____/____ a n. ore____/____

C - TEMPO PARZIALEMISTO____

A tale fine dichiara:

- 1) di avere l'anzianità complessiva diservizio: aa____mm:____gg:____;
- 2) di non aver chiesto precedente modifica oraria di part-time;
- 3) di aver chiesto modifica oraria di part-time per l'anno scolastico ____/____;
- 4) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n.117/88:
 - portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; **(documentare con dichiarazione personale)**
 - 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)**
 - 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);**
 - figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; **(documentare con dichiarazione personale);**
 - 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);**

All. n. 2

- esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza;
(documentare con idonea certificazione).
(Barrare la casella di interesse)

DICHIARARE inoltre:

☐ di non voler intraprendere altra attività lavorativa

ovvero

☐ di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (l'orario part time richiesto non può superare il 50% dell'orario di lavoro)

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

Data _____

Firma di autocertificazione

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

Data _____

firma _____

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA 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.

Eventuale:

Circa la dichiarazione di altra attività lavorativa che l'interessato/a ha dichiarato con la presente domanda di voler svolgere, si esprime il seguente parere in ordine alla compatibilità:

SI ESPRIME infine, parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....