

ALL'UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE DI:

Per tramite del Dirigente Scolastico

**OGGETTO: DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE (O.M. N° 446 DEL 22/07/1997)**

Il/La Sottoscritto/a:  Nato/a:

Il giorno:  Codice Fiscale:

Tel. Fisso:  Cellulare:  e-mail:

Titolare presso:  Scuola, specificare:

Ambito territoriale, specificare:

In qualità di:  Docente, classe di concorso di:

Docente di sostegno, classe di concorso di:

Personale ATA, con profilo di:

con contratto a tempo Indeterminato,

**CHIEDE**

La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, come previsto dagli articoli 7, 8 e 9 della O.M. n°446 del 22 Luglio 1997, secondo la seguente tipologia (specificata con un contrassegno nell'apposita casella).

Tempo parziale ORIZZONTALE (su tutti i giorni lavorativi), per n° ore settimanali:

Tempo parziale VERTICALE (su non meno di tre giorni lavorativi), per n° ore settimanali:

**Per il personale ATA, con part time verticale, specificare la preferenza dei giorni di servizio (non vincolante per la scuola):**

Lunedì  Martedì  Mercoledì  Giovedì  Venerdì  Sabato

**A TAL 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 anni:

Come dall'unità dichiarazione (ALLEGATO A).

**2)** Di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza (contrassegnare l'apposita casella):

A - Portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (ALLEGATO B).

B - Persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n° 18 (ALLEGATO B).

C - Familiari a carico, portatori di handicap, soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica.

D - Figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo (ALLEGATO B).

E - Familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non auto sufficienti, genitori con n°  figli minori (specificare la situazione sull'ALLEGATO B).

F - Di aver superato i sessanta anni di età, ovvero di aver compiuto i venticinque anni di servizio (specificare sull'ALLEGATO B).

G - Esistenza di motivate esigenze di studio (da certificare con idonea documentazione).

**Nota bene:** Le situazioni di handicap citate al punto **C**, ed le analoghe situazioni di cui al punto **E**, devono essere documentate con una certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.

Il/La Sottoscritto/a, 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.

Allego alla presente i seguenti atti, i sopra menzionati

- 1 – ALLEGATO A: Dichiarazione relativa all'anzianità di servizio complessiva;
- 2 – ALLEGATO B: Dichiarazione relativa alle precedenti;
- 3 – Certificazioni relative alle situazioni di handicap e/o relative alle esigenze di studio.

Luogo

Data

Lì

Firma del Richiedente

**Sezione riguardante l'Istituto scolastico (Non compilare)**

---



*Ministero dell'Istruzione,  
dell'Università e della Ricerca*

**(Istituzione Scolastica)**

La presente domanda è stata presentata a questo Istituto in data:

Ed assunta a protocollo n°:  Del giorno:

**Per la quale si fornisce parere:**

Favorevole

Contrario

Luogo

Data

Lì

Il Dirigente Scolastico

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO POSSEDUTA AI FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME**

Il/La Sottoscritto/a:  Nato/a:

Il giorno:  Codice Fiscale:

In servizio presso la Scuola:

In qualità di:

con contratto a tempo Indeterminato,

**DICHIARA**

Sotto la propria personale responsabilità e ai sensi della Legge del 4 Gennaio 1968 N° 15 e del D.P.R. 28 Dicembre 2000 N° 445, quanto segue:

Di avere un'anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad:

Anni:  Mesi:  Giorni:

Di avere la seguente anzianità di servizio NON di ruolo, riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione della carriera, per un totale di anni:

(I docenti indicheranno gli anni scolastici non di ruolo interi, prestati col prescritto titolo di studio e quindi riconoscibili ai fini della carriera).

Quindi di avere un'anzianità complessiva pari a: Anni:  Mesi:  Giorni:

Luogo

Data

Lì

Firma del Richiedente

**DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI PRECEDENZA, UTILI AI FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME**Il/La Sottoscritto/a:  Nato/a: Il giorno:  Codice Fiscale: In servizio presso la Scuola: In qualità di: 

con contratto a tempo Indeterminato,

**DICHIARA**

Sotto la propria personale responsabilità e ai sensi della Legge del 4 Gennaio 1968 N° 15 e del D.P.R. 28 Dicembre 2000 N° 445, quanto segue:

 Di essere portatore di handicap, o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie. Di avere in carico Il/La Sig./Sig.ra   
per il quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla Legge N° 18/80. Di avere i sottonominati figli di età inferiore a quella prescritta per l'obbligo scolastico:Cognome e Nome:  Data di nascita: Cognome e Nome:  Data di nascita: Cognome e Nome:  Data di nascita:  Di avere in carico Il/La Sig./Sig.ra 

Portatore di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcoolismo cronico o grave debilitazione psico-fisica;

 Di essere genitore dei sotto nominati figli minoriCognome e Nome:  Data di nascita: Cognome e Nome:  Data di nascita: Cognome e Nome:  Data di nascita:  Di aver superato il sessantesimo anno di età. Di aver compiuto il venticinquesimo anno di servizio

Luogo

Data

Lì 

Firma del Richiedente