MODELLODIDOMANDAPART-TIME

(IncartasemplicedainoltrareperiltramitedelDirigenteScolastico)

lsottoscritt nata (prov.)il titolarepresso qualifica/profilo professionale , classedi

concorso/tipodiposto aisensidegliarticoli39e58delC.C.N.L.

29/11/2007–Comparto Scuola-edell’O.M.n.446 del22/7/1997,

# CHIEDE

**LATRASFORMAZIONE**delrapportodilavorodatempopienoatempoparziale;

# adecorreredal 01settembre2025secondola seguentetipologia:

**A**-TEMPOPARZIALE ORIZZONTALE pern. ore /

(articolazionedellaprestazionedelserviziosututtiigiornilavorativi)

B-TEMPOPARZIALE VERTICALE pern.ore /

(articolazionedellaprestazionedelserviziosunonmenoditregiornilavorativi)

C-TEMPOPARZIALE MISTO

(soloperilpersonaleA.T.A.-articolazionedellaprestazionerisultantedallacombinazionedelleduemodalitàindicateallelett.Ae B)

Atalefinedichiara:

1. diaverel’anzianitàcomplessivadiservizio:aa mm: gg: ;
2. diesserein possessodeiseguentititolidiprecedenzaprevistidall’art.7c.4delD.P.C.M.n.117/88:
	1. portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (**documentare condichiarazionepersonale**)
	2. persone a carico per le quali è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18; (**documentare condichiarazionepersonale)**
	3. familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazionepsicofisica (**documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall’ASL o da preesistentiCommissioni SanitarieProvinciali**);
	4. figlidietàinferioreaquellaprescrittaperlafrequenzadellascuolad’obbligo;(**documentarecondichiarazionepersonale)**;
	5. familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti,nonchégenitoriconfigliminoriin relazionealloronumero;(**documentarecondichiarazionepersonale**);
	6. aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio; (**documentare con dichiarazionepersonale)**;
	7. esistenzadimotivateesigenzedistudio,valutatedall’Amministrazionedicompetenza(**documentareconidoneacertificazione**).

**l sottoscritto/a in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi allasededi titolarità e aconfermareladomanda di tempoparziale.**

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: 1) allegato A (dichiarazione anzianitàservizio;2)allegato B(dichiarazionetitolidiprecedenza);

Data Firma

(DPR445/2000-dasottoscriverealmomentodellapresentazionedelladomandaall’impiegatodellascuola)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presenteautocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione(Decretolegislativo30.6.2003,n.196e Regolamentoministeriale7.12.2006,n.305)

Data firma

# ======================================================================

**Riservatoallaistituzionescolastica:**Assunta al protocollodellascuolaal n. del

Si dichiara che la richiesta e l’orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **È COMPATIBILE**con l’organizzazione dell’orario di servizio scolastico. **SI ESPRIME,** pertanto,parere favorevoleallatrasformazionedelrapporto **di lavoroa tempoparzialedel/della richiedente.**

Data

ILDIRIGENTESCOLASTICO