MODELLO DI DOMANDA - PART-TIME 2020/2021 -

**(da inoltrare a** [**parttime.aptba@gmail.com**](mailto:parttime.aptba@gmail.com) **per il tramite del Dirigente Scolastico)**

l sottoscritt nat a (prov. ) il titolare presso in qualità di , classe di concorso \_\_\_\_\_\_\_\_\_incaricato a tempo indeterminato/ determinato a decorrere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico presso il quale intende essere contattato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 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;

⁭**□ IL RIENTRO** a tempo pieno del rapporto di lavoro

# a decorrere dal 01 settembre 2018 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 tal 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:
   1. portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
   2. persone a carico per le quali è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18;
   3. familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica;
   4. figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d’obbligo;
   5. 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;
   6. aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;
   7. esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall’Amministrazione di competenza.
   8. Il/la sottoscritt\_ ha già usufruito del rapporto di lavoro a tempo parziale nei seguenti aa.ss.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 ALL’ISTITUZIONE SCOLASTICA: assunta al protocollo della scuola**

n.\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020

Si dichiara che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l’organizzazione dell’orario di servizio scolastico.

* Si esprime, pertanto, parere FAVOREVOLE alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale
* Si dichiara che la richiesta di modifica dell’attuale rapporto di lavoro a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l’organizzazione dell’orario di servizio scolastico.

**Si esprime, pertanto, parere FAVOREVOLE alla modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente**

**Si esprime parere NON FAVOREVOLE alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale** del/la richiedente per le seguenti ragioni:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_/\_\_/2020

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(cognome nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_