

**MODULO RICHIESTA DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE,
RIENTRO E/O MODIFICA.**

1

PERSONALE DOCENTE ED ATA A.S. 2015/16

Il/la sottoscritt _____ nat a _____
(prov. _____) il _____ titolare presso _____ In
qualità di _____ (Incaricato a tempo
indeterminato/determinato) ai sensi del C.C.N.L. 29/11/2007 -

Com parto Scuola e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

CHIEDE

- **LA TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
- **IL RIENTRO** del rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno;
- **LA MODIFICA** del precedente orario di lavoro a tempo parziale/o tipologia dell'orario di servizio;

a decorrere dal 01/09/ __ e 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 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) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.II/2/80, n. 18;
 - c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica;
 - d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo;
 - 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;
 - f) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall' Amministrazione di competenza;
- 3) di aver usufruito del tempo parziale negli AA.SS. _____.
rispettivamente per n. ____ ore;

3) di non aver mai usufruito del tempo parziale;

__ 1_ sottoscritt_ dichiara fin d'ora di accettare che l'articolazione oraria del tempo parziale (ovvero i giorni in cui verrà effettuata la prestazione lavorativa) sia definita annualmente in relazione alla compatibilità dell' orario richiesto con l'orario definitivo delle lezioni che verrà elaborato all' inizio di ciascun anno scolastico, e di accettare, altresì, eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l'unicità dell'insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate in sede di adeguamento dell'organico di diritto alla situazione di fatto.

Data

Firma _____

.. //
..

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; 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 al n. _____ del _____

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato, 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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data _____