

Modello di domanda o modifica rapporto di lavoro a tempo parziale

(in carta semplice da inoltrarsi per il tramite del Dirigente Scolastico)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (____) il _____

Codice fiscale _____ n. telefono _____

Email _____

titolare presso _____

in servizio presso _____

in qualità di _____

ruolo/posto/classe di concorso _____

CHIEDE

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale a decorrere dal _____, per almeno un biennio, secondo la seguente tipologia:

☐ tempo parziale **orizzontale** (su tutti i giorni lavorativi): per ore ____/____ settimanali.

☐ tempo parziale **verticale** (articolazione su alcuni giorni):
per ore ____/____ settimanali e per n. ____ giorni settimanali
(specificare quali _____).

☐ tempo parziale **ciclico** (indicare periodi di assenza dal servizio):
_____.

oppure

☐ la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale (per il personale già in part-time)
secondo la seguente tipologia: _____

oppure

☐ Il rientro a tempo pieno, avendo assolto all'obbligo di permanenza di 2 anni di cui all'art. 11 dell'O.M. 446/97;

☐ Il rientro a tempo pieno, pur **non** avendo assolto all'obbligo di permanenza di 2 anni di cui all'art. 11 dell'O.M. 446/97, per i seguenti motivi:

DICHIARA

(nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione; negli altri casi occorre barrare con una x la parte che interessa)
sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000).

- ☐ di avere una anzianità complessiva di servizio di ruolo di anni ____ mesi ____ giorni _____
ed una anzianità di servizio non di ruolo di anni ____ mesi ____ giorni _____ riconosciuti o riconoscibili agli
effetti della progressione di carriera;
- ☐ essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza (previsti dall'art. 3 dell'O.M. 446/97)
- 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 legge 11 febbraio 1980 n. 18;
 - c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (documentazione allegata);
 - d) di avere n. _____ figli di età inferiore a quella prescritta per la scuola dell'obbligo (dichiarare data di nascita dei figli);
 - e) familiare che assiste persona/e portatore/ici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, genitori con n. ____ figli minori (documentazione allegata);
 - f) di aver superato sessant'anni di età o di avere compiuto venticinque anni di effettivo servizio;
 - g) esigenze di studio (documentazione allegata);

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione.
(D.L. n. 196/2003 e regolamento ministeriale n. 305/2006).

Data

.....
(firma)