

Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____
a _____, provincia _____
residente a _____ Via _____
Codice fiscale _____ docente _____
(classe di concorso _____) personale ATA (profilo
professionale _____) con contratto a tempo
indeterminato, titolare presso _____ in servizio
presso questa istituzione scolastica

chiede

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, come previsto dagli artt. 7, 8 e 9 della O.M. 446 del 22 luglio 1997 e dagli artt. 36 e 57 del CCNL, secondo la seguente tipologia di part-time:

- Tempo parziale orizzontale (articolazione delle prestazioni del servizio su tutti i giorni lavorativi) per ore settimanali _____;
- Tempo parziale verticale (articolazione delle prestazioni del servizio su alcuni giorni della settimana, del mese, o di determinati periodi dell'anno) ore _____
giorni/periodi _____
- Tempo parziale misto (articolazione delle prestazioni risultante dalla combinazione delle due precedenti modalità) ore _____
giorni/periodi _____

a tal fine dichiara

Di avere un'anzianità complessiva riconosciuta o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera (alla data di scadenza della domanda):

- Servizio pre-ruolo aa _____ mm _____ gg _____
- Servizio pre-ruolo aa _____ mm _____ gg _____

Di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza:

- Portatori di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
- Persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11/02/1980 n. 18;
- familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica;
- Figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;

- Familiari che assistono persone portatori di handicap non inferiore al 70 per cento, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero;
- Aver superato i sessanta anni di età;
- Aver compiuto venticinque anni di effettivo servizio;
- Esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'amministrazione di competenza.

Allego:

1) _____

2) _____

3) _____

Data _____

Firma _____

Visto il Dirigente Scolastico

Nota bene:

- le situazioni di handicap e di assistenza a persone portatrici di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia autenticata dalla ASL o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;
- nel caso di trasferimento deve essere tempestivamente comunicata la nuova sede di titolarità.