

DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PART-TIME)
DEL PERSONALE DOCENTE, EDUCATIVO ED ATA A.S. 2022/2023 (O.M. N° 446 DEL 22/07/1997-CCNL 29/11/07 2007)

Il/La Sottoscritto/a: Nato/a:

Il giorno: GG/MM/AAAA
Codice Fiscale:

Tel. Fisso: Cellulare: e-mail:
Obbligatorio Obbligatoria

Titolare presso Scuola / Istituto:

Ordine di Scuola: Infanzia Primaria Secondaria I Grado Secondaria II Grado

In qualità di: Docente:

Personale Educativo

Personale ATA:

con contratto a tempo Indeterminato,

CHIEDE

A) La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

Come previsto dagli articoli 7, 8 e 9 della O.M. n°446 del 22 Luglio 1997, secondo la seguente tipologia (specificata con un contrassegno nell'apposita casella).

Tempo parziale ORIZZONTALE (su tutti i giorni lavorativi), per n° ore settimanali:

Tempo parziale VERTICALE (su non meno di tre giorni lavorativi), per n° ore settimanali:

Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato

B) La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo parziale per n° ore settimanali: a tempo pieno.

C) La variazione del rapporto di lavoro part-time dall'attuale orario:

Tempo parziale ORIZZONTALE (su tutti i giorni lavorativi), per n° ore settimanali:

Tempo parziale VERTICALE (su non meno di tre giorni lavorativi), per n° ore settimanali:

Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato

con il seguente nuovo orario di lavoro part-time.

Tempo parziale ORIZZONTALE (su tutti i giorni lavorativi), per n° ore settimanali:

Tempo parziale VERTICALE (su non meno di tre giorni lavorativi), per n° ore settimanali:

Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato

A TAL FINE DICHIARA

1) Di avere un'anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo, riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di anni:

Come dall'unità dichiarazione (ALLEGATO A).

2) Di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza (contrassegnare l'apposita casella):

- A - Portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (ALLEGATO B).
- B - Persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n° 18 (ALLEGATO B).
- C - Familiari a carico, portatori di handicap, soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica.
- D - Figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo (ALLEGATO B).
- E - Familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non auto sufficienti, genitori con n° figli minori (specificare la situazione sull'ALLEGATO B).
- F - Di aver superato i sessanta anni di età, ovvero di aver compiuto i venticinque anni di servizio (specificare sull'ALLEGATO B).
- G - Esistenza di motivate esigenze di studio (da certificare con idonea documentazione).

Nota bene: Le situazioni di handicap citate al punto C, e le analoghe situazioni di cui al punto E, devono essere documentate con una certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.

Il/La Sottoscritto/a, in caso di trasferimento o passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità, e/o ruolo di appartenenza, ed a confermare la domanda di tempo parziale.

Allega alla presente i seguenti atti sopra menzionati:

1 – ALLEGATO A: Dichiarazione relativa all'anzianità di servizio complessiva;

2 – ALLEGATO B: Dichiarazione relativa alle precedenza;

3 – Certificazioni relative alle situazioni di handicap e/o relative alle esigenze di studio.

Luogo

Data

GG/MM/AAAA

Firma del Richiedente

Sezione riguardante l'Istituto scolastico (Non compilare)



(Istituzione Scolastica)

La presente domanda è stata presentata a questo Istituto in data:
GG/MM/AAAA

Ed assunta a protocollo n°: In data:
GG/MM/AAAA

Per la quale si fornisce parere:

- Favorevole
 Contrario

Luogo

Data
GG/MM/AAAA

Il Dirigente Scolastico

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO POSSEDUTA AI FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME

Il/La Sottoscritto/a: Nato/a:

Il giorno: Codice Fiscale:

GG/MM/AAAA

In servizio presso la Scuola:

In qualità di: Docente:

Personale Educativo

Personale ATA:

con contratto a tempo Indeterminato,

DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità e ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 N° 445, modificato ed integrato dall'art. 15 della Legge 3 gennaio 2003, quanto segue:

Di avere un'anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari a:

Anni: Mesi: Giorni:

Di avere la seguente anzianità di servizio NON di ruolo, riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione della carriera, per un totale di anni:

(I docenti indicheranno gli anni scolastici non di ruolo interi, prestati col prescritto titolo di studio e quindi riconoscibili ai fini della carriera).

Quindi di avere un'anzianità complessiva pari a: Anni: Mesi: Giorni:

Luogo

Data

GG/MM/AAAA

Firma del Richiedente

DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI PRECEDENZA, UTILI AI FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME

Il/La Sottoscritto/a: Nato/a:

Il giorno: GG/MM/AAAA
Codice Fiscale:

In servizio presso la Scuola:

In qualità di: Docente:

Personale Educativo

Personale ATA:

con contratto a tempo Indeterminato,

DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità e ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 N° 445, modificato ed integrato dall'art. 15 della Legge 3 gennaio 2003, quanto segue:

Di essere portatore di handicap, o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie.

Di avere in carico Il/La Sig./Sig.ra
per il quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla Legge N° 18/80.

Di avere i sottonominati figli di età inferiore a quella prescritta per l'obbligo scolastico:

Cognome e Nome: Data di nascita: GG/MM/AAAA

Cognome e Nome: Data di nascita: GG/MM/AAAA

Cognome e Nome: Data di nascita: GG/MM/AAAA

Di avere in carico Il/La Sig./Sig.ra

Portatore di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcoolismo cronico o grave debilitazione psico-fisica;

Di essere genitore dei sotto nominati figli minori

Cognome e Nome: Data di nascita: GG/MM/AAAA

Cognome e Nome: Data di nascita: GG/MM/AAAA

Cognome e Nome: Data di nascita: GG/MM/AAAA

Di aver superato il sessantesimo anno di età.

Di aver compiuto il venticinquesimo anno di servizio.

Luogo

Data GG/MM/AAAA

Firma del Richiedente