

**DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO
DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**

ALL'UFFICIO SCOLASTICO
PROVINCIALE

DI
Per il tramite dell'Istituzione Scolastica

.....

OGGETTO: DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE.

Il/a sottoscritt...nat... ail
residente avia n.....
codice fiscale..... docente (classe di concorso
.....) personale A. T. A . (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. 39 e 58 del C.C.N.L., 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

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 di 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 per l'approvazione:

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 autentica rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;
- nel caso di trasferimento deve essere tempestivamente comunicata la nuova sede di titolarità.