

MODELLO DI DOMANDA - PART-TIME 2019/2020-
(da inoltrare a parttime.aptba@gmail.com per il tramite del Dirigente Scolastico)

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____ (prov. _____) il
_____ titolare presso _____ in
qualità di _____, classe di concorso _____ / area _____ incaricato
a tempo indeterminato/ determinato a decorrere dal _____ recapito telefonico presso il quale intende
essere contattato: _____, e-mail _____ ai
sensi degli articoli 39 e 58 del C.C.N.L. 29/11/2007 – Comparto Scuola - e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

CHIEDE

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

a decorrere dal 01 settembre 2019 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 CICLICO.

A tal fine dichiara:

1. di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa__mm:__gg:____;
2. di essere nel biennio del contratto di lavoro a tempo parziale;
3. 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.11/2/80, 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. aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;
 - g. esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza.
 - h. Il/la sottoscritt_ ha già usufruito del rapporto di lavoro a tempo parziale nei seguenti aa.ss.

Il sottoscritto/a, in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale.

Data _____

Firma di autocertificazione

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

n. _____ del _____ / ____ /2019

Il Dirigente Scolastico certifica che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico.

- **Esprime, pertanto, parere FAVOREVOLE alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale e dichiara che la richiesta di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico.**
- **Esprime parere NON FAVOREVOLE alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:**

Data, __/__/2019

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(cognome nome)
