**MODELLO DI DOMANDA RELATIVA AL RAPPORTO DI LAVORO PART-TIME DEL PERSONALE DELLA SCUOLA**

Al Dirigente Scolastico

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_l\_\_sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **DOCENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DI :**

□ SC. INFANZIA □ SC. PRIMARIA □ I.R.C. (infanzia/primaria)

□ 1° GRADO Classe di Conc. \_\_\_\_\_\_\_ □ 2° GRADO Classe di Conc. \_\_\_\_\_\_\_ □ I.R.C.

□ POSTO COMUNE □ POSTO SOSTEGNO

**PERSONALE A.T.A. CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO, PROFILO PROFESSIONALE**:

□ ASSISTENTE AMMINISTRATIVO □ ASSISTENTE TECNICO AREA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ COLLABORATORE SCOLASTICO

**C H I E D E**

a decorrere dal 1 settembre \_\_\_\_\_\_\_\_

□ il rientro a tempo pieno avendo assolto l’obbligo della permanenza minima di 2 anni

□ il rientro a tempo pieno pur non avendo assolto l’obbligo della permanenza minima di 2 anni per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure

□ la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:

◊ **tempo parziale orizzontale** su tutti i giorni lavorativi per n. ore \_\_\_\_\_ di servizio

◊ **tempo parziale verticale settimanale**: per n. \_\_\_\_\_\_ di servizio

◊ **tempo parziale ciclico/misto**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 indicare il/i periodi di assenza dal servizio

□ la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all’orario di lavoro, nei seguenti termini: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**A)** di avere diritto alla trasformazione del rapporto in quanto affetto/a da patologie oncologiche, con una ridotta capacità lavorativa, anche a causa di terapie salvavita (si allega certificato della competente commissione medica);

**B)** di avere al 15 marzo \_\_\_\_\_\_ un’anzianità di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di anni pari a (\*):

Ruolo: anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pre -ruolo anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) L’anzianità di servizio è documentata con dichiarazione personale da allegare alla presente

**C)** di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza in ordine di priorità (contrassegnare le sole situazioni possedute), ai sensi art. 12 bis del d.lgs. n. 61/2000, commi 2 e 3, come modificato dall’art. 1 della l. n. 247/2007:

a) lavoratori il cui coniuge, figli o genitori siano affetti da patologie oncologiche (1 e 2);

b) lavoratori che assistono una persona convivente con totale o permanente inabilità lavorativa, che abbia connotazione di gravità ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, con riconoscimento di una invalidità pari al 100% e necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (1 e 2);

c) lavoratori con figli conviventi di età non superiore a tredici anni (1);

d) lavoratori con figli conviventi in situazione di handicap grave (1 e 2).

(1) Documentare con dichiarazione personale da allegare alla presente;

(2) Documentare con certificazione in originale o in copia autenticata rilasciata dalla ASL o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;

**\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_, in caso di trasferimento o di passaggio, si impegna, entro 5 giorni dalla pubblicazione dei movimenti, a confermare o revocare la domanda di tempo parziale e a comunicare la variazione della titolarità.**

**ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( FIRMA)**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**RISERVATO ALL’ISTITUZIONE SCOLASTICA**

Domanda assunta al protocollo della scuola al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_

□ Si dichiara 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. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale

□ Si 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. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente

□ Si prende atto del rientro a tempo pieno o si esprime parere **FAVOREVOLE,** viste le motivazioni dell’interessato, al rientro a tempo pieno anticipato (dopo solo un anno di servizio a part time) ai sensi dell’art. 11 O.M. 446/97.

□ Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale o al rientro a tempo pieno anticipato del/la richiedente per le seguenti ragioni:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data Il Dirigente Scolastico**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_