**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE E ATA a.s. 2024/2025**

Al Dirigente Scolastico di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Dirigente dell’Ufficio V Ambito Territoriale di Bologna

**OGGETTO: Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale**

 **(CCNL 29/11/2007 Comparto Scuola e O.M. n.446 del 22/07/1997).**

\_l\_\_sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_nat\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_titolare presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ SC. INFANZIA □ SC. PRIMARIA *su POSTO*   *□ COMUNE □ SOSTEGNO* *□ MONTESSORI*

□ 1° GRADO □ 2° GRADO *□ CL.DI CONCORSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ SOSTEGNO*

□ I.R.C. (infanzia/primaria) □ I.R.C. (I e II grado)

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

□ ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

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

□ COLLABORATORE SCOLASTICO

**C H I E D E**

□ **la TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale**,** come previsto dagli articoli 7, 8 e 9 dell’O.M. n. 446 del 22 luglio 1997, e successive modificazioni,

□ **la MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell’orario di servizio,

con decorrenza dal **01/09/2024** secondo la seguente tipologia:

□ **TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (SU TUTTI I GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **TEMPO PARZIALE VERTICALE** (SU NON MENO DI N. 3 GIORNI ALLA SETTIMANA) PER N. ORE\_\_\_\_\_\_\_

□ **TEMPO PARZIALE MISTO (combinazione tra orizzontale e verticale)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **TEMPO PARZIALE VERTICALE CON FRUIZIONE IN MODALITA’ CICLICA (\*) (limitato a determinati periodi dell’anno)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solo per il personale ATA indicare con esattezza l’articolazione dell’orario di servizio prestato

(\*) Si precisa che la richiesta di tale modalità di part-time è subordinata alla ricorrenza di comprovate e gravi motivazioni scritte, che dovranno essere valutate dal Dirigente Scolastico.

**DICHIARA**

**A)** di avere 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pre -ruolo anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_e mesi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**B)** di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza in ordine di priorità (contrassegnare le sole situazioni possedute), ai sensi art. 3 comma 3 punto 2 dell’O.M. n. 446/97:

1. Essere portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (1);
2. Avere persone a carico per le quali è corrisposto l’assegno di accompagnamento di cui alla Legge 11/02/80 n. 18 (1);
3. Avere familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (2);
4. Avere figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d’obbligo (1);
5. Essere familiare che assiste persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero (1) (2);
6. Avere superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio (1);
7. Esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall’amministrazione di competenza (3).

(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;

(3) Dimostrare con idonea documentazione.

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_, in caso di trasferimento o di passaggio, s’impegna a confermare o revocare la domanda di nuovo part-time, presentata e valida per l’a.s. 2024/2025, entro 5 giorni dalla pubblicazione dei movimenti.

Altresì in caso di utilizzazione o assegnazione provvisoria s’impegna a comunicare alla scuola di servizio di essere in regime di part-time, con indicazione del monte ore prestato.

**ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bologna, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(FIRMA)**

Ai sensi del DPR n.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 (in conformità a quanto stabilito dal Regolamento Europeo UE n. 679/2016 e dal D.L. 196/2003, cosi come adeguato al D.L. 101/2018 in tema di protezione dei dati personali e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n.305)

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

**RISERVATO ALL’ISTITUZIONE SCOLASTICA**

La presente domanda è stata presentata a questa Istituzione Scolastica in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si dichiara che la richiesta di trasformazione/modifica dell’orario di lavoro a tempo parziale risulta compatibile con l’organizzazione dell’orario di servizio scolastico. Si esprime pertanto parere FAVOREVOLE alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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