

Al Dirigente Scolastico _____

Al Dirigente dell'Ufficio VI Ambito Territoriale di Ferrara
(per il tramite della Segreteria scolastica)

OGGETTO: Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, rientro a tempo normale e variazione oraria (O.M. n. 446 del 22/07/1997) Personale A.T.A.

l sottoscritt _____

nat ____ a _____ il _____

titolare presso _____ in servizio presso _____

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

ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

ASSISTENTE TECNICO AREA _____

COLLABORATORE SCOLASTICO

C.S. ADDETTO ALL'AZIENDA AGRARIA

CHIEDE

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 CICLICO _____

la REVOCA del proprio contratto di part-time.

Indicare gli estremi del contratto: n. prot _____ del: _____

con rientro a tempo normale con decorrenza dal 01/09/2024

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.

FEIC81100X - AC2ABA2 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0001284 - 20/02/2024 - VII - E
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:

- a. Essere portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (1);
- b. Avere persone a carico per le quali è corrisposto l'assegno di accompagnamento di cui alla Legge 11/02/80 n. 18 (1);
- c. Avere familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (2);
- d. Avere figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo (1);
- e. 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);
- f. Avere superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio (1);
- g. 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.

__l__ sottoscritt__, in caso di trasferimento o di passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale.

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- _____
- _____
- _____

_____, li _____, _____
(FIRMA)

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 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 esprime parere NON FAVOREVOLE alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni: _____

Data _____

Il Dirigente Scolastico
