

**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE DI
RELIGIONE CATTOLICA**

**Al Dirigente Ufficio II
USR Marche**

*Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola
di servizio*

l' sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ (prov. _____) il _____ titolare
presso _____

in servizio presso (se diverso da quello di titolarità)

in qualità di docente di scuola _____, ai sensi 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;
a decorrere dal 01/09/2026 e secondo la seguente tipologia:
A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE pern.ore ___/_____
(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)
B - TEMPO PARZIALE VERTICALE pern.ore ___/_____
(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)
C - TEMPO PARZIALE MISTO _____
(articolazione della prestazione nelle due modalità indicate alle lett. A e B)
- **LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;
a decorrere dal 01/09/2026 e secondo la seguente tipologia:
A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE da n.ore ___/_____ a n. ore ___/_____
B - TEMPO PARZIALE VERTICALE da n.ore ___/_____ a n. ore ___/_____
C - TEMPO PARZIALE MISTO _____

A tale fine dichiara:

- 1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa ___ mm: ___ gg: ___;
- 2) di non aver chiesto precedente modifica oraria di part-time;
- 3) di aver chiesto modifica oraria di part-time per l'anno scolastico
___/___;
- 4) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n.117/88:
 - portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle

All. n. 1

- assunzioni obbligatorie;
- persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18;
 - familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica;
 - figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo;
 - 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;
 - aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;
 - esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza.
 - Il/la sottoscritto/a ha già usufruito del rapporto di lavoro a tempo parziale nei seguenti aa.ss.
-

_ I _ sottoscritto/a dichiara di accettare che l'articolazione oraria e giornaliera del part time sarà definita annualmente in relazione alla compatibilità dell'orario richiesto con l'orario definitivo delle lezioni che verrà elaborato all'inizio di ciascun anno scolastico e di accettare eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l'unicità dell'insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate in sede di adeguamento dell'organico di diritto alla situazione di fatto.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

**Firma di
autocertificazione**

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

Data _____

firma _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a, si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **É COMPATIBILE - INCOMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico.

All. n. 1

- ESPRIME **parere favorevole** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.
oppure
- ESPRIME **parere sfavorevole** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

MOTIVAZIONE

Data _____

firma _____