

DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PART-TIME)

DEL PERSONALE DOCENTE ED EDUCATIVO O.M. N.446 del 22/07/1997-CCNL 29/11/2007

__l__ sottoscritt__ nat__
a_____
(prov._____) il_____ e-mail_____

telefono _____
titolare
presso_____

in qualità di DOCENTE:

INFANZI A	<input type="checkbox"/>	SECONDARIA DI I GRADO	<input type="checkbox"/>
PRIMARI A	<input type="checkbox"/>	SECONDARIA DI II GRADO	<input type="checkbox"/>

in qualità di:

PERSONALE
EDUCATIVO ☐

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;

a decorrere dal 01 settembre 2025 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)

- **RIPRISTINO TEMPO PIENO**

Modulo domanda part time personale docente ed educativo

Al Ufficio Ambito Territoriale VI per la Provincia di Pesaro e Urbino
per il tramite del Dirigente Scolastico

A TALE FINE DICHIARA:

- 1) di avere un'anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo, riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di anni:
aa _____ mm: _____ gg: _____;
- 2) 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 (documentare con dichiarazione personale);
 - b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n.18 (documentare con dichiarazione personale);
 - c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica (documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali);
 - d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo (documentare con dichiarazione personale);
 - 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 (documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali);
 - f) aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio (documentare con dichiarazione personale);
 - g) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza (documentare con idonea certificazione).

I sottoscritt dichiara fin d'ora di accettare che l'articolazione oraria del part time (ovvero i giorni in cui verrà effettuata la prestazione lavorativa) 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 altresì 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.

I sottoscritt , in caso di trasferimento o passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità, e/o ruolo di appartenenza, ed a confermare la domanda di tempo parziale.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

Modulo domanda part time personale docente ed educativo

Al Ufficio Ambito Territoriale VI per la Provincia di Pesaro e Urbino
per il tramite del Dirigente Scolastico

1. _____

2. _____

3. _____

Data _____

Firma _____

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 ALLA ISTITUZIONE SCOLASTICA :

Assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____.

Si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **E' 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.**

PSIC816001 - AC42A93 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0001768 - 20/02/2025 - I.1 - U
PSIC816001 - AC42A93 - CIRCOLARI - 0000244 - 20/02/2025 - PERSONALE - U
All'Ufficio Ambito Territoriale VI per la Provincia di Pesaro e Urbino
per il tramite del Dirigente Scolastico

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data _____
