

All'Ufficio Scolastico XI
Ambito Territoriale per la Provincia
di Reggio Emilia
(per il tramite del Dirigente Scolastico)

__l__ sottoscritt__ nat__ a_____(prov.)_____
il__/_/_____/ titolare presso_____ in qualità di_____, ai sensi
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 01.09.2025 e 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)

A tale fine dichiara:

1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa_____mm:_____gg:_____;

2) che:

☐ non svolgerà altra attività di lavoro

☐ svolgerà la seguente attività di lavoro autonomo/subordinato _____ che non intercorre con altra amministrazione pubblica ai sensi dell'art. 1, comma 58, della Legge n. 662/96;

3) 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 di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (**documentare con dichiarazione personale**);
- b) • lavoratori che assistono una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa che abbia connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92 (**documentare con certificazione o copia rilasciata dell'ASL o da Commissioni Sanitarie Provinciali**);
- c) • familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (**documentare con dichiarazione personale**);
- d) • figli di età non superiore a tredici anni (**documentare con dichiarazione personale**);
- e) • familiari di studenti con sindrome DSA (**documentare con dichiarazione personale**);
- f) • familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiori al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero (**documentare con dichiarazione personale**);
- g) • esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di appartenenza (**documentazione con idonea certificazione**);
- h) • aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;

AVVERTENZA: La compilazione della presente scheda di rilevazione avviene secondo le disposizioni previste dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:_____

Data ____/____/_____/

Firma_____

Firma per richiesta e autocertificazione

Riservato alla istituzione scolastica: Assunta al protocollo della scuola al n._____ del ____/____/_____/

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato, 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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO