

Al Dirigente Scolastico

1 sottoscritto/a

nato/a _____ (____) il _____

Residente _____ Codice fiscale: _____

Personale docente di ruolo classe di concorso: _____

Titolare presso _____

in servizio presso _____

C H I E D E

- il rientro a tempo pieno

oppure

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:

 - o **tempo parziale orizzontale** su tutti i giorni lavorativi:
 - o **tempo parziale verticale**:

per n. _____ ore settimanali e per n. _____ giorni settimanali

o **tempo parziale ciclico**: _____
indicare il/i periodi di assenza dal servizio

la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all'orario di lavoro , nei seguenti termini:

DICHIARA

(Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione; negli altri casi occorre segnare, con una X accanto al numero e/o lettera, le parti che interessano)

	1) di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma;
	2) di svolgere attività come libero professionista;
	3) di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma;
	4) di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247.
	5) di avere un'anzianità complessiva di servizio <u>di ruolo e non di ruolo</u> riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera di aa._____ mm._____ gg._____ (indicare il totale del servizio alla data del 15/03)
	6) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall'O.M. 446/97 - art 3 - in ordine di priorità :
	a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (minimo 46%); dichiarare la percentuale di invalidità posseduta _____
	b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. (dichiarare il nominativo e la relazione di parentela _____)

c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; (come confermato dall'allegato certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali);
d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo; (dichiarare la data di nascita dei figli_____)
e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall'allegato certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali), genitori con n_____. figli minori;
f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio
g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega

data _____

Firma
_____**Riservato alla Istituzione scolastica :**

Assunta al protocollo della scuola al 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 **FAVOREVOLE**, viste le motivazioni dell'interessato, al rientro a tempo pieno anticipato (dopo solo un anno di servizio a part time) ai sensi dell'art. 11 O.M. 446/97.
- Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:

Il Dirigente Scolastico

Data_____