

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME PERSONALE A.T.A. Biennio 2020/20_____
(da inoltrare SOLO tramite piattaforma)

L SOTTOSCRITT_

DATI ANAGRAFICI	
COGNOME	
NOME	
DATA NASCITA	
COMUNE NASCITA	
SIGLA PROVINCIA	
CODICE FISCALE	

COMUNE DI RESIDENZA	
PROVINCIA	
INDIRIZZO (Via/Piazza e n.Civico)	
Indirizzo e-mail Istituzionale	
Cellulare	

PROFILO PROFESSIONALE	
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO ASSISTENTE TECNICO COLLABORATORE SCOLASTICO	
SCUOLA DI TITOLARITA'	
CODICE MECCANOGRAFICO	
Sede di SERVIZIO <i>(SOLO per i Neo-Immessi in RUOLO)</i>	
CODICE MECCANOGRAFICO	

In relazione alla domanda prodotta in data _____ / _____ / _____ **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
- LA PROROGA del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio
- IL RIENTRO A TEMPO PIENO del precedente rapporto di lavoro con orario di part-time

Di volere usufruire del rapporto a tempo parziale così costituito:

TIPOLOGIA: (cancellare la voce che non interessa)

- 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)
- C - TEMPO PARZIALE CICLICO** _____
(articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lett. A e B)

Per un totale di n. _____ **ore settimanali** .

A tal fine dichiara:

1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: **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:

- o portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (documentare con dichiarazione personale);
- o 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);
- o 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);
- o figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; (documentare con dichiarazione personale);
- o 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 dichiarazione personale);
- o aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio; (documentare con dichiarazione personale);
- o esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; (documentare con idonea certificazione).

___ **Il sottoscritto/a** in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale.

❖ **Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:**

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 all' Istituzione Scolastica

Istanza assunta al protocollo della scuola al n. _____ del ____/____/____

Si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **RISULTA COMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario del servizio scolastico.

SI ESPRIME, pertanto, PARERE FAVOREVOLE alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

Data ____/____/____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Timbro e Firma

Compilare obbligatoriamente in ogni suo campo.