

## MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE

### Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

l sottoscritt

nat\_ a(prov.) il

titolare presso

in qualita di docente ( ordine di scuola) , ai sensi dell' art. 58 (personale  
DOCENTE) del C.C.N.L. 29/11/2007 - Comparto Scuola - e dell' O.M. n. 446 del  
22/7/1997,

### CHIEDE

-IL RIENTRO A TEMPO PIENO

-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 01/09/ 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\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ settimanali

per n°\_\_\_\_\_ giorni settimanali

### Indicare i giorni lavorativi\_\_\_\_\_

(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni  
lavorativi)

**C** - TEMPO PARZIALE MISTO indicare il/i periodi di assenza dal servizio

\_\_\_\_\_

(articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalita  
indicate alle lett. A e B)

A tale fine dichiara:

1) di avere l' anzianita 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:

a) portatore di handicap o invalidita 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 presistenti**

**Commis. Sanitarie Provinciali) ;**

d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d' 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 dichiarazione personale ) ;**

f) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall' Amministrazione di competenza; **(documentare con idonea certificazione).**

**I sottoscritt 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:

Data

**Firma di autocertificazione**

Firma

---

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; 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 di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale,

con la relativa tipologia e il relativo orario, e 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, e 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 **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo

parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:

---

-

---

-

---

-

Il Dirigente Scolastico

---

Data \_\_\_\_\_