**PART TIME – PERSONALE A.T.A.**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ personale ATA (ad eccezione dei DSGA) profilo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ con contratto a tempo indeterminato in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ con contratto a tempo indeterminato part-time, in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(contratto part-time prot.\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, allegato in copia )

**CHIEDE**

**a decorrere dall’a.s. 2018/19:**

1□ **la MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell’orario di servizio, come contratto part time allegato in copia ;

2□ **la TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale;

secondo la seguente tipologia che viene barrata :

□ **TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (su tutti i giorni lavorativi) **PER N. \_\_\_\_\_\_\_ORE** settimanali

dalle ore \_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_\_ ore giornaliere

□ **TEMPO PARZIALE VERTICALE** (su non meno di 3 giorni lavorativi) **PER N. \_\_\_\_\_ORE** settimanali

dalle ore \_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore giornaliere, nei seguenti giorni:

□ Lunedì **□** Martedì □ Mercoledì □ Giovedì □ Venerdì □ Sabato

□ **TEMPO PARZIALE MISTO** così strutturato:

(specificare anche l’orario di servizio preferito, i periodi richiesti ed ogni altra specifica)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine dichiara sotto la proprio responsabilità, ai sensi del D.P.R. **445/00 :**

**1) DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO:**

* di avere una anzianità di servizio di ruolo, escluso l’anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_
* di avere una anzianità di servizio non di ruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_
* anzianità complessiva pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_

**2) DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI PRECEDENZA PREVISTI DALL’ART. 7 C. 4 D.P.C.M. n. 117/89, integrato dall’art.1 LEGGE 662/96, IN ORDINE ALLA PRIORITA’**

**(contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)**

**a**□ portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie**(\*)**

**b**□di avere a carico \_l\_ sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per \_l\_ quale è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla L.n.18/80**(\*)**

**c**□ familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica **(\*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**d**□ genitore di figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell’obbligo:

cognome e nome data di nascita

............................................................................................................................................

............................................................................................................................................

............................................................................................................................................

**e**□ di assistere \_l\_ sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tipo di relazione familiare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

□ portatore di handicap non inferiore al 70%**(\*)**,

□ malato di mente**(\*)**,

□ anziano non autosufficiente**(\*)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome e nome data di nascita

............................................................................................................................................

............................................................................................................................................

............................................................................................................................................

**f**□ di aver superato il sessantesimo anno di età o aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;

**g**□ di possedere motivate esigenze di studio  **così dettagliatamente autocertificate:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(\*) nota bene:** le situazioni di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia rilasciata dalla a.s.l. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali**.**

DICHIARA inoltre:

□ di non voler intraprendere altra attività lavorativa

ovvero

□ di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (l’orario part time richiesto non può superare il 50% di 36 h)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_l\_ sottoscritt\_ si impegna a comunicare l’eventuale cessazione del contratto part-time, oltre il biennio 2018\_\_\_/2020\_\_\_\_, entro la data fissata con modalità permanente per la presentazione delle nuove istanze di part-time (**15 marzo di ogni anno scolastico )**

Allega alla presente le seguenti certificazioni :

1)CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI HANDICAP………………………………………………………………………………………………………2) ………….

………………………………………………………………………………………………………………….

(data) .......................... ,………..............................

Firma ....

...............................................................

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N............. IN DATA ..........................................

SI COMPONE DI N. ........... ALLEGATI.

Preso atto della dichiarazione resa dall’interessato/a, 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.

Eventuale:

Circa la dichiarazione di altra attività lavorativa che l’interessato/a ha dichiarato con la presente domanda di voler svolgere , si esprime il seguente parere in ordine alla compatibilità :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI ESPRIME infine ,** parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di**

**lavoro a tempo parziale del/della richiedente.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

..................................................................