**Personale DOCENTE ed EDUCATIVO**

Al Dirigente Scolastico

Cognome Nome Nat a ( ) il C.F.

Tel. e-mail Personale docente di ruolo cl.di conc. Tipo di posto (personale educativo) Titolare presso In servizio presso

# C H I E D E

oppure

* il rientro a tempo pieno
* 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: per n. ore settimanali

# o tempo parziale verticale:

per n. ore settimanali 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 avere un’anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini delle  carriere di aa. mm. gg. (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto. **Se non dichiarato sarà considerato pari a 0**). |
|  | **5)** di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell’art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247 (particolari patologie e assistenze L. 61/2000 e D.L. 276/2003). |
|  | **6)** di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall’  O.M.n. 446/97 – art.3, in ordine di priorità: |
|  | a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; |
|  | b) persone a carico per le quali è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. 18; |
|  | c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; come confermato dall’unito certificato dell’ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie  provinciali; |
|  | d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell’obbligo; |
|  | e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall’unito 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 **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:

# Il Dirigente Scolastico

Data