### Mod. domanda

### ALL’UFFICIO SCOLASTICO TERRITORIALE di L’AQUILA

### Tramite il Dirigente Scolastico

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Pr.\_\_\_\_\_) C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cl. Concorso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (solo docenti sc. Sec. di 1° o 2°);

## CHIEDE

Ai sensi dell’art. 39 del C.C.N.L (personale docente) e dell’art.58 (personale ATA) e dell’O.M. 446 del 22 luglio 1997, la trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo pieno a tempo parziale**, con decorrenza **1 settembre \_\_\_\_\_\_\_\_, *per almeno un biennio*,** **fino a richiesta di revoca,** secondo la seguente tipologia:

 **tempo parziale orizzontale** **ð** (su tutti i giorni lavorativi)per(h.\_\_\_\_\_ Sett.)

 **tempo parziale verticale** **ð** (articolazione su alcuni giorni sett.) per(h.\_\_\_\_\_ Sett.)

 **tempo parziale misto** **ð** (combinazione verticale/orizzont.) per(h.\_\_\_\_\_ Sett.)

 **A tal fine dichiara:**

1. di avere n° \_\_\_\_\_\_ anni di servizio di ruolo (compreso il corrente anno scolastico);
2. di avere n° \_\_\_\_\_\_ anni di servizio pre-ruolo riconosciuto o riconoscibile;
3. di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall’art. 3 comma 2, O.M. 446/97:
4. portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
5. persone a carico per le quali è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18;
6. familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica: vedere l’unito certificato della A.S.L. o delle preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali;
7. figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell’obbligo;
8. familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, genitori con n. ...... figli minori **(sottolineare la situazione che interessa)**;
9. aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio (**sottolineare la situazione che interessa**);
10. esistenza di motivate esigenze di studio, come da unita documentazione.

\_**l\_ sottoscritt\_ dichiara, inoltre, di essere consapevole, in caso di eventuale trasferimento o di passaggio ad altro ruolo, di dover comunicare al Dirigente dell’Istituzione scolastica d’arrivo l’ottenimento del tempo part-time**.

**Allega la certificazione o autodichiarazione personale attestante i titoli di precedenza.**

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

 luogo e data F i r m a

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 (Intestazione della scuola)

Assunta al protocollo della Scuola al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si compone di istanza più n.\_\_\_\_\_ allegati.

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. **SI ESPRIME,** pertanto,parere favorevole alla trasformazione del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/la richiedente.**

 Il Dirigente Scolastico