All. n. 1

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE

Al Dirigente dell 'Ufficio VI
Ambito territoriale della provincia di ROMA
Via Frangipane, 41 ROMA

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di servizio

__l__sottoscritt_____nat__a_____
_____(prov._____) il_____
titolare presso _____codice meccanografico _____
in servizio presso (se diverso da quello di titolarità)_____
_____codice meccanografico_____
in qualità di docente di scuola_____, classe concorso_____ sostegno SI NO
ai sensi del C.C.N.L. 29/11/2007 - Comparto Scuola e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

CHIEDE

- **LA TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
a decorrere dal 01/09/2024 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_____/_____
(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)
C - TEMPO PARZIALE MISTO _____
(articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lett. A e B)

- **LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;
a decorrere dal 01/09/2024 e secondo la seguente tipologia:

A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE da n. ore_____/_____ a n. ore_____/_____
B - TEMPO PARZIALE VERTICALE da n. ore_____/_____a n. ore_____/_____
C - TEMPO PARZIALE MISTO _____

A tale fine dichiara:

1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa_____mm:_____gg:_____;
2) di non aver chiesto precedente modifica oraria di part-time;
3) di aver chiesto modifica oraria di part-time per l'anno scolastico _____/_____;
4) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:

- portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (**documentare con dichiarazione personale**)
- 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**)
- 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 Commiss. Sanitarie Provinciali**);
- figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; (**documentare con dichiarazione personale**);
- 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**);
- esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza;

All. n. 1

(**documentare con idonea certificazione**).
(Barrare la casella di interesse)

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% dell'orario di lavoro)

_ l_ sottoscritt_ dichiara fin d'ora di accettare che l'articolazione oraria del part time (ovvero i giorni in cui verrà effettuata la prestazione lavorativa) sarà definita annualmente in relazione alla compatibilità dell'orario richiesto con l'orario definitivo delle lezioni che verrà elaborato all'inizio di ciascun anno scolastico, e di accettare altresì eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l'unicità dell'insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate in sede di adeguamento dell'organico di diritto alla situazione di fatto.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

_____

Data_____

Firma di autocertificazione

_____

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

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

.....