

DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE

Entro il 15 marzo 2016

ALL'UFFICIO SCOLASTICO TERRITORIALE IX MANTOVA

tramite il Dirigente Scolastico di _____

 sottoscritt_ _____, nat_ il _____ a
_____ (Pr. _____) C.F.: _____
in servizio presso _____ in qualità di
_____ Cl. Concorso _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 39 del C.C.N.L. (personale docente) 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** ⇨ (su tutti i giorni lavorativi) per (h. _____ Sett.)
- tempo parziale verticale** ⇨ (articolazione su alcuni giorni sett.) per (h. _____ Sett.)
- tempo parziale misto** ⇨ (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. 7 DPCM 117/89 e O.M. 446/97:
 - a)** portatore di handicap o di invalidità;
 - 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;
 - d)** figli di età inferiore alla scuola dell'obbligo;
 - e)** familiari che assistono persone portatrici di handicap;
 - f)** età superiore a sessanta anni ovvero venticinque anni di effettivo servizio;
 - g)** esistenza di motivate esigenze di studio, come da unita documentazione.

 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 parziale.

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

_____ luogo e data

_____ Firma

(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/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente.

_____ Il dirigente scolastico