

**Fac-simile domanda di rientro al tempo pieno, di trasformazione del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale, di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale (O.M. 22.07.1997, n. 446)
Personale ATA**

Al Dirigente Scolastico

Cognome _____ Nome _____
Nat ____ a _____ (____) il _____
C.F. _____ Tel. _____ e-mail _____
Qualifica o profilo _____
Titolare presso _____ in servizio presso _____

CHIEDE

il rientro a tempo pieno

oppure

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 della carriera di aa. _____ mm. _____ gg. _____ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto). <u>Se non dichiarato sarà considerato pari a 0.</u> |
| 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 _____