MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE A.T.A. - EDUCATIVO

Al Dirigente dell ‘Ufficio

**Ambito territoriale della provincia di Cosenza**

 **Via Romualdo Montagna, 13 Cosenza**

*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 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 01/09/2023 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 01/09/2022 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; (**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)

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

...............................................................