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

**Al Dirigente dell ‘Ufficio X Ambito territoriale della provincia di ROMA,**

**Via Pianciani, 32 ROMA**

*Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di titolarità*

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(prov.) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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;

-**LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell’orario di servizio;

**a decorrere dal 01/09/\_\_\_\_\_ 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)

A tale fine dichiara:

1. di avere l’anzianità complessiva di servizio: aa\_\_\_\_\_\_\_mm:\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 2) 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% di 36 h)

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)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente

autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione

(Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

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

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