

OGGETTO: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale del personale docente, educativo, IRC ed ATA - A.S. 2024/2025 – Nota AOOUSPRC prot. n. 1987 del 16/02/2024.

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

in servizio presso l'Istituto Comprensivo "Nosside – Pythagoras" nella qualità di:

- personale Docente (ordine _____ classe di concorso _____)
- personale A.T.A. (profilo _____)

CHIEDE

ai sensi dell'art. 39 (personale Docente) e/o dell'art. 58 (personale A.T.A.) del C.C.N.L. comparto Scuola del 29/11/2007 e dell'O.M. n. 446 del 22/07/1997:

- la TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale
- la VARIAZIONE dell'articolazione dell'orario di servizio

a decorrere dal 01/09/2024, secondo la tipologia di seguito indicata:

- Tempo parziale ORIZZONTALE (articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi) per n. ore _____ / _____
- Tempo parziale VERTICALE (articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi) per n. ore _____ / _____
- Tempo parziale CICLICO _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del predetto D.P.R. n. 445/2000):

1. di possedere alla data di presentazione dell'istanza l'anzianità complessiva di servizio, riconosciuta o riconoscibile ai fini della carriera, di: aa. _____ mm. _____ gg. _____;
2. di avere diritto ai seguenti titoli di precedenza previsti (cfr. art. 3, c. 3 dell'O.M. n. 446/1997):
 - 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. n. 18/1980 (**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 Commissioni 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**)
- aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio
- esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza (**documentare con dichiarazione personale**)

DICHIARA

- di non voler intraprendere altra attività lavorativa
- di voler intraprendere altra attività lavorativa (l'orario richiesto non può superare il 50% dell'orario di lavoro)

Si allegano i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

Firma di autocertificazione
(D.P.R. 445/2000 – da sottoscrivere al momento della
presentazione dell'istanza all'incaricato della scuola)

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente istanza esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione.

Firma

RISERVATO ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

- Istanza assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

- Si compone di n. _____ allegati

Ai sensi della normativa vigente, si esprime:

parere FAVOREVOLE alla trasformazione e/o modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale in quanto compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio

parere NON FAVOREVOLE per le seguenti motivazioni:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
