**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 DOCENTE ed EDUCATIVO**

 Al Dirigente Scolastico

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Personale docente di ruolo cl.di conc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo di posto (personale educativo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**  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

* **tempo parziale verticale**:

 per n. \_\_\_\_\_\_ ore settimanali per n. \_\_\_\_\_ giorni settimanali

* **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 carriere di aa.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto. **Se non dichiarato sarà considerato pari a 0**).  |
|   | **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;   |

 1

|  |  |
| --- | --- |
|   | g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega.   |

**IN CASO DI: TRASFERIMENTO, PASSAGGIO, ASSEGNAZIONE PROVVISORIA PROVINCIALE ED INTERPROVINCIALE/UTILIZZO, \_L\_ SOTTOSCRITT\_/\_ SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE EVENTUALE MOTIVATA VARIAZIONE ORARIA DEL PART TIME A QUESTO UFFICIO TRAMITE IL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL NUOVO ISTITUTO.**

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2