_l__ sottoscritt__ _____ nat__a _____

(prov.) ____ il _____ titolare presso _____

in qualità di _____(ordine scuola) _____,
ai sensi **dell'art. 39 (personale docente) e/o dell'art. 58 (personale A.T.A.)** del C.C.N.L. 29/11/2007 – Comparto Scuola e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

C H I E D E

☐ **LA TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale

oppure

☐ **LA MODIFICA** dell'attuale orario n. ore _____/_____tipologia _____

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

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)

Dichiara, inoltre,

☐ di non voler intraprendere altra attività lavorativa

ovvero

☐ di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (l'orario richiesto non può superare il 50% dell'orario obbligatorio) _____

Data_____ firma _____

==========

Dichiarazione ai sensi DPR 445/2000 e successive integrazioni e modificazioni, parte integrante della domanda

__l__sottoscritt_____nato/a il _____

dichiara

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 48 del DPR 445/200, a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del medesimo DPR 445/2000):

A. di possedere alla data di presentazione della domanda l'anzianità complessiva di servizio riconosciuta o riconoscibile ai fini della carriera di: aa _____ mm _____ gg _____;

B. di aver diritto ai seguenti titoli di precedenza previsti (cfr art. 3, comma 3, O.M. 446/97):

☐ portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (**documentare con dichiarazione personale)**;

Firma richiedente_____

☐ 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 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)**.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:_____

_____

Data _____ _____

Firma di autocertificazione

(DPR 445/2000 - da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola addetto alla ricezione)

Il sottoscritto dichiara, inoltre, 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 _____

==========

Riservato alla istituzione scolastica:

Denominazione istituzione scolastica _____

Assunta al protocollo della scuola al n._____del _____

Visto l'O.M. 446/2007 e l'art. 73 del D.L. 112/2008 convertito in legge 133/2008, si esprime:

☐ **PARERE FAVOREVOLE** alla trasformazione e/o modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale in quanto l'orario richiesto è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio.

☐ **PARERE NEGATIVO** per le motivazioni di cui all'allegata relazione.

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

_____

Il dirigente scolastico

Data _____ _____

Firma richiedente_____