

I.S.I. - "C. PIAGGIA"-VIAREGGIO
Prot. 0000945 del 12/02/2020
07-02 (Entrata)



*Ministero dell'Istruzione.
Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana
Ufficio IX
Ambito territoriale di Lucca e Massa Carrara
Sede di Lucca*

AI DIRIGENTI SCOLASTICI
DELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE DI OGNI ORDINE E GRADO
DELLA PROVINCIA DI LUCCA
– LORO SEDI
e.p.c. ALLE OO.SS. DELLA SCUOLA DELLA PROVINCIA
–LORO SEDI
AL SITO WEB

OGGETTO: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale di modifica dell'orario o rientro a tempo pieno del personale docente educativo ed ATA – anno scolastico 2020/2021. Scadenza presentazione domanda 15 marzo 2020

Con riferimento all'oggetto, si richiama l'art.7 dell'O.M. n.55 del 13.02.1998 che stabilisce il termine di presentazione al **15 MARZO** di ciascun anno, della domanda per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale di modifica dell'orario o rientro a tempo pieno del personale docente educativo ed ATA.

Si ricorda che il contratto di part-time è di durata minima biennale e che, in assenza di diversa comunicazione da parte dell'interessato, si intende automaticamente prorogato di anno in anno. Scaduto il primo biennio, non è pertanto richiesta la presentazione di nuova istanza per la prosecuzione del rapporto di lavoro in regime di part-time. Il personale che, già in regime di lavoro part-time intende modificare l'orario di servizio per esigenze personali, deve presentare apposita richiesta sempre entro il 15 marzo 2020, in analogia a quanto stabilito per i rientri a tempo pieno.

Alla presente nota si allegano i rispettivi modelli.

I Dirigenti Scolastici sono pregati di dare ampia comunicazione della presente a tutto il personale in servizio presso la propria Istituzione Scolastica.

IL DIRIGENTE
Dott.ssa Donatella BUONRIPOSI

(firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993)

Responsabile del procedimento:
Duccio Di Leo
e-mail: duccio.dileo.po@istruzione.it

✉ Piazza Giudicconi n°2 55100 LUCCA (LU)

☎ 0583/4221

e-mail: PEO_usp.lu@istruzione.it - e-mail: PEC_usp.lu@postacert.istruzione.it
Web: <http://www.usplucca.it> C.F. : 80601770462 - Codice IPA: m_pi

Codice AOO:AOOUPLU

Codice per la fatturazione: contabilità generale:URH7RB Contabilità ordinaria: SGUC9B

Referente:
Paolo Brancoli
e-mail: pao.lo.brancoli.197@istruzione.it

REINTEGRO A TEMPO PIENO – PERSONALE DOCENTE

l sottoscritt_ _____ nat_ _____
a _____ il _____ codice fiscale _____
docente di scuola ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA 1° ☐ SECONDARIA 2°
già in regime di part time dal _____ titolare/incaricato presso _____
classe di concorso _____ tipo di posto ☐ NORMALE ☐ SOSTEGNO
per n. ore _____ tipologia ☐ orizzontale ☐ verticale
(contratto part-time prot. _____ del _____, allegato in copia)

CHIEDE

Il reintegro a tempo pieno a decorrere dall'a.s. 2020/2021

..... (data)

Firma

TIMBRO DELLA SCUOLA

- ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

DOMANDA PART TIME – PERSONALE DOCENTE

Il sottoscritt _____ nat _____
a _____ il _____ codice fiscale _____

docente di scuola ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA 1° ☐ SECONDARIA 2°

con contratto a tempo indeterminato titolare/incaricato presso

classe di concorso tipo di posto ☐ NORMALE ☐ SOSTEGNO

CHIEDE

la trasformazione del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale, a decorrere dall'a.s. 2020/2021, secondo la seguente tipologia

☐ **TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (su tutti i giorni lavorativi) **PER N. ORE**

☐ **TEMPO PARZIALE VERTICALE** (su non meno di 3 giorni lavorativi) **PER N. ORE**

A tal fine

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO

- di avere una anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni ____ mesi ____ giorni _____
- di avere una anzianità di servizio preruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni ____ mesi ____ giorni _____

EVENTUALI TITOLI DI PRECEDENZA

(contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)

- ☐ portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie
- ☐ di avere a carico 1 sig. _____ per 1 quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla l.n.18/80
- ☐ familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (*)
- ☐ di assistere 1 sig. _____ portatore di handicap non inferiore al 70%, malato di mente, anziano non autosufficiente (**sottolineare la voce che interessa**) (*)
- ☐ di essere genitore dei sotto nominati figli minori

cognome e nome

data di nascita

.....

.....

.....

.....

- ☐ di aver superato il sessantesimo anno di età
- ☐ di aver compiuto il venticinquesimo anno di effettivo servizio
- ☐ di possedere motivate esigenze di studio (**da autocertificare in modo dettagliato**)

*** nota bene:** le situazioni di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L.. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.

l sottoscritt_, in caso di trasferimento o passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o al ruolo di appartenenza e a confermare la domanda di tempo parziale.

l sottoscritt_ si impegna a comunicare l'eventuale cessazione del contratto part-time, oltre il biennio, entro la data prevista per la presentazione delle nuove istanze di part-time.

Allega alla presente i seguenti documenti:

1. CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI HANDICAP

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

..... (data)

Firma

TIMBRO DELLA SCUOLA

● ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA
SI COMPONE DI N. ALLEGATI.

● SI DICHIARA CHE LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO RICHIESTO NON
COMPORTA PREGIUDIZIO ALLA FUNZIONALITA' DELL'AMMINISTRAZIONE.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

VARIAZIONE ORARIO PART TIME – PERSONALE DOCENTE

l_ sottoscritt_ _____ nat_ _____
a _____ il _____ codice fiscale _____
docente di scuola ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA 1° ☐ SECONDARIA 2°
già in regime di part time dal _____ titolare/incaricato presso _____
classe di concorso _____ tipo di posto ☐ NORMALE ☐ SOSTEGNO
per n. ore _____ tipologia ☐ orizzontale ☐ verticale
(contratto part-time prot. _____ del _____, allegato in copia)

CHIEDE

la variazione d'orario del rapporto di lavoro part time , a decorrere dall'a.s. 2020/2021 secondo la seguente modalità:

- ☐ **TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (su tutti i giorni lavorativi) **PER N. ORE** _____
- ☐ **TEMPO PARZIALE VERTICALE** (su non meno di 3 giorni lavorativi) **PER N. ORE** _____

..... (data)

Firma

TIMBRO DELLA SCUOLA

• ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA

• SI DICHIARA CHE LA VARIAZIONE RICHIESTA NON COMPORTA PREGIUDIZIO ALLA FUNZIONALITA' DELL'AMMINISTRAZIONE.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

REINTEGRO A TEMPO PIENO – PERSONALE A.T.A.

_____l_ sottoscritt _____ nat_ a
_____ il _____ codice fiscale _____
Personale Ata, profilo (ad eccezione dei DSGA) _____
in servizio c/o _____
con contratto a tempo indeterminato part-time _____ allegato in copia;

CHIEDE

☐ il reintegro a tempo pieno a decorrere dall'a.s. 2020/2021;

..... (data)

Firma

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

PART TIME – PERSONALE A.T.A.

1 sottoscritt_ _____ nat_ _____

a _____ il _____ codice fiscale _____

☐ personale ATA (ad eccezione dei DSGA) profilo _____

☐ con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____

☐ con contratto a tempo indeterminato part-time, in servizio presso _____,

(contratto part-time prot. _____ del _____, allegato in copia)

CHIEDE

a decorrere dall'a.s. 2020/2021:

1 ☐ **la MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio, come contratto part time allegato in copia ;

2 ☐ **la TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale;

secondo la seguente tipologia che viene barrata :

☐ **TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (su tutti i giorni lavorativi) **PER N. _____ ORE** settimanali

dalle ore _____ alle ore _____ per n. _____ ore giornaliere

☐ **TEMPO PARZIALE VERTICALE** (su non meno di 3 giorni lavorativi) **PER N. _____ ORE** settimanali

dalle ore _____ alle ore _____ per n. _____ ore giornaliere, nei seguenti giorni:

☐ Lunedì ☐ Martedì ☐ Mercoledì ☐ Giovedì ☐ Venerdì ☐ Sabato

☐ **TEMPO PARZIALE MISTO** così strutturato:

(specificare anche l'orario di servizio preferito, i periodi richiesti ed ogni altra specifica)

A tal fine dichiara sotto la proprio responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/00 :

1) DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO:

- di avere una anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni ____ mesi ____ giorni ____
- di avere una anzianità di servizio non di ruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni ____ mesi ____ giorni ____
- anzianità complessiva pari ad anni ____ mesi ____ giorni ____

2) DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI PRECEDENZA PREVISTI DALL'ART. 7 C. 4 D.P.C.M. n. 117/89, integrato dall'art.1 LEGGE 662/96, IN ORDINE ALLA PRIORITA' (contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)

☐ portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie(*)

☐ di avere a carico _1_ sig. _____

per _1_ quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.n.18/80(*)

☐ familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (*) _____

☐ genitore di figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo:

cognome e nome

data di nascita

.....

☐ di assistere _1_ sig. _____, tipo di relazione familiare _____:

☐ portatore di handicap non inferiore al 70%(*),

☐ malato di mente(*),

☐ anziano non autosufficiente(*) _____

cognome e nome

data di nascita

.....

☐ di aver superato il sessantesimo anno di età o aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;

☐ di possedere motivate esigenze di studio così dettagliatamente autocertificate: _____

(*) **nota bene:** le situazioni di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia rilasciata dalla a.s.l. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.

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)

l sottoscritt, in caso di trasferimento o passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o al ruolo di appartenenza e a confermare la domanda di tempo parziale.

l sottoscritt si impegna a comunicare l'eventuale cessazione del contratto part-time, oltre il biennio entro la data fissata con modalità permanente per la presentazione delle nuove istanze di part-time (**15 marzo di ogni anno scolastico**)

Allega alla presente le seguenti certificazioni :

1) CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI
HANDICAP.....
2)
.....

(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

.....

Da: Paolo <paolo.brancoli.197@istruzione.it>

Oggetto: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale di modifica dell'orario o rientro a tempo pieno del personale docente educativo ed ATA - anno scolastico 2020/2021. Scadenza presentazione domanda 15 marzo 2020

Data: 12/02/2020 10:16:17

Per conoscenza e per quanto di Vostra competenza si invia quanto in oggetto.

Paolo Brancoli

Referente della sicurezza - Personale ATA- Esani di Stato -



Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana

Ambito Territoriale IX - Lucca e Massa Carrara

Piazza Giudiccioni, 2 - 55100 - Lucca

Tel.0583 422254

I.S.I. - "C. PIAGGIA"-VIAREGGIO
Prot. 0000945 del 12/02/2020
07-02 (Entrata)