Modello A - Domanda o modifica rapporto di lavoro a tempo parziale

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

DELL’ISTITUTO EUCLIDE

BOVA MARINA (RC)

 l sottoscritt nat a

(prov.) il titolare presso\_

in qualità di , 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,

# CHIEDE

* **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):

1. di possedere alla data di presentazione della domanda l’anzianità complessiva di servizio riconosciuta o riconoscibile ai fini della carriera di: aa mm: gg: ;
2. 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)**
* 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: **ISTITUTO SUPERIORE *“*EUCLIDE” BOVA MARINA (RC) CM: RCIS01600E**

**Assunta al protocollo 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.

con

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LA DIRIGENTE SCOLASTICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |