



UNIONE EUROPEA
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA PUGLIA

Istituto Comprensivo San Giuseppe da Copertino - Copertino

Via Mogadiscio 49 - 73043 Copertino (LE) - Tel. e Fax: 0832947164 - 0832934582

Codice Meccanografico: LEIC865009 - C.F. 80010740753 C.U. UFQOQ2

E-mail: leic865009@istruzione.it - leic865009@pec.istruzione.it - Sito: <http://www.polo3copertino.it/>

Sito: <https://comprensivosangiuseppedacopertino.edu.it/>

COMUNICAZIONE N.25

**Al Personale DOCENTE e ATA
Albo**

**OGGETTO: Trasformazione rapporto di lavoro a tempo parziale
e rientro a tempo pieno: personale docente e ATA a.s. 2021/22.**

Si comunica il termine per la presentazione delle domande di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, di modifica dell'orario e/o della tipologia dell'attuale contratto a tempo parziale e di rientro a tempo pieno. del personale docente e ATA a tempo indeterminato, **scade il 15 marzo 2021.**

Il personale interessato dovrà presentare presso l'Istituto di titolarità la domanda, redatta in conformità all' allegato modello entro la predetta data.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(F.to Dott.ssa Eleonora GIURI)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
in sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93.

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME

(In carta semplice da inoltrare per il tramite del Dirigente Scolastico)

 I sottoscritt _____ nat a _____ (prov. _____)
il _____ titolare presso _____
in qualità di _____, ai sensi degli articoli 39 e 58 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;

LA MODIFICA del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;

a decorrere dal 01 settembre _____ secondo la seguente tipologia:

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)

A tal fine dichiara:

- 1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa _____ mm: _____ gg: _____;
- 2) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:
 - a) portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (documentare con dichiarazione personale);
 - b) 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);
 - c) 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 Commiss. Sanitarie Provinciali);
 - d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; (documentare con dichiarazione personale);
 - e) 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);
 - f) aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio; (documentare con dichiarazione personale);
 - g) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; (documentare con idonea certificazione).

 I sottoscritto/a in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: _____

Data _____

Firma _____

Firma di autocertificazione

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

Il sottoscritto dichiara 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 all' Istituzione Scolastica : assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

Si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **RISULTA COMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. **SI ESPRIME**, pertanto, **parere favorevole** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data _____