**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME -**

\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(prov.) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ordine di scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tipo posto/cl conc\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell’art. 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 01/09/\_\_\_\_\_ e 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 tale 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) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall’Amministrazione di competenza; (**documentare con idonea**

**certificazione**).

**\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ 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 (***solo per il personale ATA)*

**\_\_ l\_\_ sottoscritt\_\_ dichiara fin d’ora di accettare che l’articolazione oraria del part time (ovvero i giorni in cui**

**verrà effettuata la prestazione lavorativa) sarà definita annualmente in relazione alla compatibilità dell’orario**

**richiesto con l’orario definitivo delle lezioni che verrà elaborato all’inizio di ciascun anno scolastico**, **e di**

**accettare altresì eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l’unicità**

**dell’insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate in sede di adeguamento**

**dell’organico di diritto alla situazione di fatto.**

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Catania, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma di autocertificazione**

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

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 -da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all’impiegato

della scuola)

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016**

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………nato/a a…………………………………..il ……………………………….. con la presente autorizza l’istituzione scolastica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ all’utilizzo dei dati personali per la seguente procedura: TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale/ MODIFICA del precedente orario di part-time e/o tipologia dell’orario di servizio per l’.a.s. 2024/2025, per cui ha prodotto domanda in data odierna.

A tal fine dichiara di avere letto e preso visione dell’informativa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

Catania, Firma

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

**Riservato alla istituzione scolastica:**

Assunta al protocollo della scuola al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preso atto della dichiarazione resa dall’interessato, si dichiara che la richiesta e l’orario di riduzione

di lavoro a tempo parziale **È 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**

Catania, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_