

**NUOVA DOMANDA**

Al Dirigente Scolastico

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

\_\_\_/L\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_,

ai sensi dell'art. 58 (personale A.T.A.) del C.C.N.L. 19/04/2018 – 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 a decorrere dal **01/09/2020**, con articolazione della prestazione lavorativa:

**TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ / 36

- con articolazione:

Lun / h \_\_\_\_\_  Mar / h \_\_\_\_\_  Mer / h \_\_\_\_\_  Gio / h \_\_\_\_\_  Ven / h \_\_\_\_\_  Sab / h \_\_\_\_\_

---

**TEMPO PARZIALE VERTICALE** per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ / 36

- con articolazione:

Lun  Mar  Mer  Gio  Ven  Sab

---

**TEMPO PARZIALE MISTO** per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ / 36

- con articolazione:

Lun / h \_\_\_\_\_  Mar / h \_\_\_\_\_  Mer / h \_\_\_\_\_  Gio / h \_\_\_\_\_  Ven / h \_\_\_\_\_  Sab / h \_\_\_\_\_

---

**TEMPO PARZIALE CICLICO**

- con articolazione:  Gen  Feb  Mar  Apr  Mag  Giu  
 Lug  Ago  Set  Ott  Nov  Dic

---

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, ulteriormente integrato dall'art. 1, comma 64, della legge 662/1996:
- 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 Commiss. 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);**
  - esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza;  
**(documentare con idonea certificazione).**

**Il 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**

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

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Riservato alla istituzione scolastica:**

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

Si esprime parere **FAVOREVOLE** alla richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, in quanto compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico.

Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale per le seguenti ragioni:

---

---

---

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_