

**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE A.T.A. - EDUCATIVO**

**Al Dirigente dell 'Ufficio VI  
Ambito territoriale della provincia di ROMA  
Via Frangipane, 41 ROMA**

*Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di servizio*

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_a\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
titolare presso \_\_\_\_\_ codice meccanografico \_\_\_\_\_  
in servizio presso (se diverso da quello di titolarità) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ codice meccanografico \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
ai sensi 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;  
**a decorrere dal 01/09/2020 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)

**- LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;  
**a decorrere dal 01/09/2020 e secondo la seguente tipologia:**

**A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** da n. ore \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a n. ore \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**B - TEMPO PARZIALE VERTICALE** da n. ore \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a n. ore \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**C - TEMPO PARZIALE MISTO** \_\_\_\_\_

A tale fine dichiara:

- 1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa \_\_\_\_\_ mm: \_\_\_\_\_ gg: \_\_\_\_\_;
- 2) di non aver chiesto precedente modifica oraria di part-time;
- 3) di aver chiesto modifica oraria di part-time per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_;
- 4) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:
  - o portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; **(documentare con dichiarazione personale)**
  - o 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)**
  - o 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);**
  - o figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; **(documentare con dichiarazione personale);**
  - o 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);**
  - o esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; **(documentare con idonea certificazione).**

All. n. 2

( *Barrare la casella di interesse* )

**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% dell'orario di lavoro)

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**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)

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**

.....