

**OGGETTO: DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO
PIENO A TEMPO PARZIALE (O.M. N° 446 DEL 22/07/1997)**

L SOTTOCRITT _____ NAT_ A _____
_____ IL _____ CODICE
FISCALE _____ IN SERVIZIO PRESSO
_____ IN QUALITA' DI
_____ CON CONTRATTO A
TEMPO INDETERMINATO,

CHIEDE

LA **TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**, COME PREVISTO DAGLI ARTICOLI 7, 8, E 9 DELLA O.M. N° 446 DEL 22 LUGLIO 1997, SECONDO LA SEGUENTE TIPOLOGIA (CONTRASSEGNA DA UNA CROCETTA):

- ☐ **TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (SU TUTTI I GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE _____
- ☐ **TEMPO PARZIALE VERTICALE** (SU NON MENO TRE GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE _____

A TAL FINE DICHIARA

- 1) DI AVERE **UN'ANZIANITA'** COMPLESSIVA DI SERVIZIO DI RUOLO E NON DI RUOLO RICONOSCIUTO O RICONOSCIBILE AGLI EFFETTI DELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA DI ANNI _____, COME DALL'UNITA DICHIARAZIONE (**ALLEGATO A**).
- 2) DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI **TITOLI DI PRECEDENZA**:

(Contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)

- a) **PORTATORE DI HANDICAP O DI INVALIDITA' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA NORMATIVA SULLE ASSUNZIONI OBBLIGATORIE (ALLEGATO B)**
- b) **PERSONE A CARICO PER LE QUALI E' RICONOSCIUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI CUI ALLA LEGGE 11 FEBBRAIO 1980 N. 18 (ALLEGATO B)**
- c) **FAMILIARI A CARICO PORTATORI DI HANDICAP O SOGGETTI A FENOMENI DI TOSSICODIPENDENZA, ALCOLISMO CRONICO O GRAVE DEBILITAZIONE PSICOFISICA ***
- d) **FIGLI DI ETA' INFERIORE A QUELLA PRESCRITTA PER LA FREQUENZA DELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO (ALLEGATO B)**
- e) **FAMILIARI CHE ASSISTONO PERSONE PORTATRICI DI HANDICAP NON INFERIORE AL 70%, MALATI DI MENTE, ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, GENITORI CON N..... FIGLI MINORI (SOTTOLINEARE LA SITUAZIONE CHE INTERESSA) (ALLEGATO B) ***

f) AVER SUPERATO I SESSANTA ANNI DI ETÀ' OVVERO AVER COMPIUTO VENTICINQUE ANNI DI SERVIZIO (SOTTOLINEARE LA SITUAZIONE CHE INTERESSA) (**ALLEGATO B**)

g) ESISTENZA DI MOTIVATE ESIGENZE DI STUDIO (DA CERTIFICARE CON IDONEA DOCUMENTAZIONE)

*** NOTA BENE: LE SITUAZIONI DI HANDICAP CITATE AL PUNTO C) ED LE ANALOGHE SITUAZIONE DI CUI AL PUNTO E) DEVONO ESSERE DOCUMENTATE CON CERTIFICAZIONE ORIGINALE O IN COPIA AUTENTICA RILASCIATA DALLA A.S.L. O DALLE PREESISTENTI COMMISSIONI SANITARIE PROVINCIALI.**

L SOTTOSCRITT, IN CASO DI TRASFERIMENTO O PASSAGGIO, SI IMPEGNA A FAR RETTIFICARE I DATI RELATIVI ALLA SEDE DI TITOLARITÀ' E/O AL RUOLO DI APPARTENENZA E A CONFERMARE LA DOMANDA DI TEMPO PARZIALE.

ALLEGO ALLA PRESENTE I SEGUENTI ATTI, SOPRA MENZIONATI:

- 1 - ALLEGATO A: DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITÀ' DI SERVIZIO COMPLESSIVA;
- 2 - ALLEGATO B: DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE PRECEDENZE;
- 3 - LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI HANDICAP E/O RELATIVE ALLE ESIGENZE DI STUDIO

_____, LI _____

FIRMA

~~~~~



*Ministero della Pubblica Istruzione*

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

*(Istituzione Scolastica)*

LA PRESENTE DOMANDA È STATA PRESENTATA A QUESTA SCUOLA IN DATA \_\_\_\_\_ ED ASSUNTA A PROTOCOLLO N° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, LI \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO POSSEDUTA AI FINI  
DELL'ISTANZA DI PART-TIME**

\_L\_ SOTTOCRITT \_\_\_\_\_ NAT\_ A  
 \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ CODICE  
 FISCALE \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO PRESSO  
 \_\_\_\_\_ IN QUALITA' DI  
 \_\_\_\_\_ CON CONTRATTO A  
 TEMPO INDETERMINATO,

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO  
 1968 N. 15 E DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445, QUANTO SEGUE:

- DI AVERE UNA ANZIANITA' DI SERVIZIO DI RUOLO , ESCLUSO L'ANNO IN CORSO ED I  
 PERIODI DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI, PARI AD ANNI \_\_\_\_\_ MESI \_\_\_\_\_  
 GIORNI \_\_\_\_\_ .
- DI AVERE LA SEGUENTE ANZIANITA' DI SERVIZIO NON DI RUOLO RICONOSCIUTA O  
 RICONOSCIBILE AI FINI DELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA

PER UN TOTALE DI ANNI \_\_\_\_\_

(I DOCENTI INDICHERANNO GLI ANNI SCOLASTICI NON DI RUOLO INTERI PRESTATI COL  
 PRESCRITTO TITOLO DI STUDIO E QUINDI RICONOSCIBILI AI FINI DELLA CARRIERA)

QUINDI DI AVERE UNA ANZIANITA' COMPLESSIVA PARI AD ANNI \_\_\_\_\_ MESI \_\_\_\_\_ E  
 GIORNI \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, LI \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI PRECEDENZA, UTILI AI FINI DELL'ISTANZA DI  
PART-TIME**

\_L\_ SOTTOCRITT \_\_\_\_\_ NAT\_ A  
 \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ CODICE  
 FISCALE \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO PRESSO  
 \_\_\_\_\_ IN QUALITA' DI  
 \_\_\_\_\_ CON CONTRATTO A  
 TEMPO INDETERMINATO,

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO  
 1968 N. 15 E DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445, QUANTO SEGUE:

- DI ESSERE PORTATORE DI HANDICAP O DI INVALIDITA' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA  
 NORMATIVA SULLE ASSUNZIONI OBBLIGATORIE;
- DI AVERE A CARICO \_L\_ SIG. \_\_\_\_\_ PER  
 IL QUALE E' RICONOSCIUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI CUI ALLA L.  
 N.18/80;
- DI AVERE I SOTTONOMINATI FIGLI DI ETA' INFERIORE A QUELLA PRESCRITTA PER  
 L'OBBLIGO SCOLASTICO:

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

.....  
 .....  
 .....

- DI ASSISTERE \_L\_ SIG. \_\_\_\_\_ PORTATORE DI HANDICAP  
 NON INFERIORE AL 70%, MALATO DI MENTE, ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE  
 (SOTTOLINEARE LA VOCE CHE INTERESSA);

- DI ESSERE GENITORE DEI SOTTONOMINATI FIGLI MINORI

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

.....  
 .....  
 .....

- DI AVER SUPERATO IL SESSANTESIMO ANNO DI ETA'
- DI AVER COMPIUTO IL VENTICINQUESIMO ANNO DI EFFETTIVO SERVIZIO.

\_\_\_\_\_, LI \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_