

ALL'UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE
DI _____

PER IL TRAMITE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

**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 _____

INDIRIZZO MAIL _____ RECAPITO MOBILE _____

TITOLARE PRESSO (indicare scuola o ambito) _____

IN QUALITA' DI (indicare se docente/docente sostegno/ATA) _____

SU CLASSE DI CONCORSO/PROFILO ATA _____

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)**

**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
