**Modello di domanda di rientro al tempo pieno, conferma del tempo parziale, di trasformazione del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale, di modifica dell’attuale rapporto di lavoro a tempo parziale (O.M. 22.07.1997, n. 446)**

**Personale DOCENTE ed EDUCATIVO**

 Al Dirigente Scolastico

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

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Materia di insegnamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Classe di Concorso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

* il rientro a tempo pieno
* la conferma del tempo parziale per un ulteriore biennio di ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure

* la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:
	+ **tempo parziale orizzontale** su tutti i giorni lavorativi:

 per n. \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali

* + **tempo parziale verticale:**

 **per n. \_\_\_\_\_\_ ore settimanali per n. \_\_\_\_\_ giorni settimanali**

 o **tempo parziale ciclico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 indicare il/i periodi di assenza dal servizio

* la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all’orario di lavoro, nei seguenti termini: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

(Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione; negli altri casi occorre segnare, con una **X** accanto al numero e/o lettera, le parti che interessano)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1)** di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma; |
|  | **2)** di svolgere attività come libero professionista; |
|  | **3)** di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma; |
|  | **4)** di avere un’anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera di aa.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto); |
|  | **5)** di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell’art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247;  |
|  | **6)** di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a) alla g), previsti dall’art. 7, comma 4, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 117/89, ulteriormente integrato dall’art. 1, comma 64, della legge 662/1996, in ordine di priorità: |
|  | a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; |
|  | b) persone a carico per le quali è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. 18,  |
|  | c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; come confermato dall’unito certificato dell’ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;  |
|  | d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell’obbligo;  |
|  | e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall’unito certificato dell’ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali), genitori con n\_\_\_\_. figli minori;  |
|  | f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio |
|  | g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega |

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………….dichiara di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali e di autorizzare l’Ufficio III – Ambito Territoriale di Potenza dell’USR Basilicata e il Dirigente preposto al trattamento dei dati personali per le finalità connesse e necessarie allo svolgimento della presente procedura, ai sensi e con le garanzie di cui agli articoli 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016. Con la presente fornisce, inoltre, il proprio assenso alla pubblicazione del proprio nominativo sul sito Internet dell’AT Potenza [www.istruzionepotenza.it](http://www.istruzionepotenza.it) ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni.

Luogo e data ………………………………………………

F i r m a

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

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Riservato alla Istituzione scolastica**:

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

* Si dichiara che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l’organizzazione dell’orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale
* Si dichiara che la richiesta di modifica dell’attuale rapporto di lavoro a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l’organizzazione dell’orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente

 Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Il Dirigente Scolastico**

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