

**DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**

**Entro il 15 marzo 2016**

**ALL'UFFICIO SCOLASTICO TERRITORIALE IXMANTOVA**

**tramite il Dirigente Scolastico di \_\_\_\_\_**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat. il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Pr. \_\_\_\_\_) C.F.: \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Cl. Concorso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 39 del C.C.N.L. (personale docente) e dell'O.M. 446 del 22 luglio 1997, la trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo pieno a tempo parziale**, con decorrenza **1 settembre \_\_\_\_\_, per almeno un biennio, fino a richiesta di revoca**, secondo la seguente tipologia:

**mpo parziale orizzontale** ⇨ (su tutti i giorni lavorativi) per (h. \_\_\_\_\_ Sett.)

**mpo parziale verticale** ⇨ (articolazione su alcuni giorni sett.) per (h. \_\_\_\_\_ Sett.)

**mpo parziale misto** ⇨ (combinazione verticale/orizzont.) per (h. \_\_\_\_\_ Sett.)

**A tal fine dichiara:**

- 1.** di avere n° \_\_\_\_\_ anni di servizio di ruolo (compreso il corrente anno scolastico);
- 2.** di avere n° \_\_\_\_\_ anni di servizio pre-ruolo riconosciuto o riconoscibile;
- 3.** di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art. 7 DPCM 117/89 e O.M. 446/97:
  - a)** portatore di handicap o di invalidità;
  - 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;
  - d)** figli di età inferiore alla scuola dell'obbligo;
  - e)** familiari che assistono persone portatrici di handicap;
  - f)** età superiore a sessanta anni ovvero venticinque anni di effettivo servizio;
  - g)** esistenza di motivate esigenze di studio, come da unita documentazione.

Il sottoscritt dichiara, inoltre, di essere consapevole, in caso di eventuale trasferimento o di passaggio ad altro ruolo, di dover comunicare al Dirigente dell'Istituzione scolastica d'arrivo l'ottenimento del tempo parziale.

**Allega la certificazione o autodichiarazione personale attestante i titoli di precedenza.**

\_\_\_\_\_ luogo e data

\_\_\_\_\_ Firma

-----  
(Intestazione della scuola)

Assunta al protocollo della Scuola al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

Si compone di istanza più n. \_\_\_\_\_ allegati.

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. **SI ESPRIME**, pertanto, parere favorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente.

Il dirigente scolastico \_\_\_\_\_