

MODELLO DI DOMANDA

RIENTRO A TEMPO PIENO, TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DAL TEMPO PIENO AL TEMPO PARZIALE,
MODIFICA DELL'ATTUALE RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE - O.M. 22.07.1997, n. 446 -

Personale ATA

Al D.S. Giuseppe EBURNEA
dell'IC MARVASI VIZZONE
Rosarno San Ferdinando

Il /La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____
nat__ a _____ () il _____ C.F. _____
tel. _____ e-mail _____ in qualità di (qualifica o profilo) _____
titolare presso _____ in servizio presso _____

CHIEDE

IL RIENTRO A TEMPO PIENO
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

tempo parziale ciclico: _____

indicare il/i periodi di assenza dal servizio

LA VARIAZIONE 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)

di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma;

di svolgere attività come libero professionista;

di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma;

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. **Se non dichiarato sarà considerato pari a 0**).

di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247 (particolari patologie e assistenze L. 61/2000 e D.L. 276/2003).

di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati, previsti dall' O.M. n. 446/97 - art.3, in ordine di priorità:

1. portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;

2. persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. 18;

3. 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;**

4. figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;

5. 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;

6. aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio;

7. motivate esigenze di studio, **come da idonea documentazione che si allega.**

Il /La sottoscritto/a in caso di trasferimento o passaggio di ruolo si impegna a confermare o revocare la domanda di modifica dell'attuale rapporto di lavoro.

Luogo e data _____

FIRMA _____

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:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Luogo e data _____