

**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 (CONTRASSEGATA 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 ETA' 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 TITOLARITA' 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'ANZIANITA' 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

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che i propri dati personali sopra conferiti saranno trattati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali» e di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari....».

_____, 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 \_\_\_\_\_.**

*Dichiara, inoltre, di essere consapevole che i propri dati personali sopra conferiti saranno trattati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali» e di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari....».*

\_\_\_\_\_, 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' (ART. 75 D.P.R. 445/2000) AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 445/2000 , 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);

| COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA |
|----------------|-----------------|
| .....          | .....           |
| .....          | .....           |
| .....          | .....           |

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

*Dichiara, inoltre, di essere consapevole che i propri dati personali sopra conferiti saranno trattati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali» e di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari.....».*

..... luogo e data  
 ..... Firma del dichiarante (\*)

(\*)  
 Il dichiarante ha firmato in presenza dell'impiegato addetto a ricevere l'atto ed è stato da lui identificato  
Oppure, in alternativa:  
 Il dichiarante ha allegato copia di un valido documento d'identità (solo in caso di spedizione fax o postale o consegna tramite incaricato ).  
 il dichiarante ha spedito l'istanza per via telematica tramite collegamento identificato da carta d'identità elettronica o carta nazionale dei servizi oppure l'ha sottoscritta con firma digitale valida.