

Il sottoscritto/a.....nato/ail.....
Inquadro nel ruolo del personale (indicare docente, educativo o ATA)
nella seguente tipologia di posto (indicare profilo per gli ATA e classe di concorso o posto per i docenti)
.....
titolare presso la seguente istituzione scolastica

CHIEDE

- REVOCA del contratto part-time in scadenza
- RIENTRO A TEMPO PIENO ANTICIPATO rispetto alla scadenza biennale
- la TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale
- la MODIFICA del precedente orario di part-time e/o della precedente tipologia dell'orario di servizio

ai sensi dell'art. 3 dell'OM n. 446 del 22.7.1997 così come integrato dall'art. 7 dell'OM n. 55 del 13.2.1998 e successive modifiche ed integrazioni, **con decorrenza 1.9.2014**, secondo la seguente tipologia:

- tempo parziale orizzontale (su tutti i giorni lavorativi) per ore settimanali _____
- tempo parziale verticale (su non meno di tre giorni alla settimana) per ore settimanali _____

A tal fine dichiara sotto la sua personale responsabilità quanto segue:

- di avere la seguente anzianità complessiva di servizio di ruolo :
- di avere la seguente anzianità di servizio pre-ruolo:

di aver diritto alla priorità assoluta nella trasformazione del proprio rapporto di lavoro in part time, ai sensi dell'art. 12 bis del d.lgs. n. 61 del 2000, come modificato dall'art. 1 della l. n. 247 del 2007, trovandosi in una delle seguenti situazioni:

- Lavoratore il cui coniuge, figli o genitori è affetto da patologie oncologiche;
- Lavoratore che assiste una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa, con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della l. n. 104 del 1992, con riconoscimento di un'inabilità pari al 100% e necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita;
- Lavoratore con figli conviventi di età non superiore a tredici anni;
- Lavoratore con figli conviventi in situazione di handicap grave.

di essere in possesso dei titoli di precedenza di seguito specificati, previsti dall'art. 7, comma 4, del DPCM n. 117/1989, ulteriormente integrato dall'art. 1, comma 64, della legge 662/1996 in ordine di priorità (contrassegnare le sole situazioni possedute):

- portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
- di avere le seguenti persone a carico: per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11.2.1980 n. 18;
- di avere i seguenti familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica, come da allegato certificato medico della ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali:
- di avere n.....figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
- di assistere i seguenti familiari portatori di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, come da allegato certificato medico della ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali:
-
- di avere n.....figli minori:
- di aver superato i sessanta anni di età
- di aver compiuto 25 anni di servizio;
- di dover assolvere le seguenti esigenze motivate di studio:
come da allegata documentazione.

Il sottoscritto/a, in caso di trasferimento o passaggio di cattedra o di ruolo, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o classe di concorso e a confermare la domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

Allega i seguenti documenti e dichiarazioni:

Data..... Firma.....

Riservato all' Amministrazione: Assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato, si dichiara che la richiesta di riduzione o modifica dell'orario di lavoro a tempo parziale **è compatibile**

non è compatibile

con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico.

Si esprime/ Non si esprime, pertanto, parere favorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Antonella Alban

dirigente@istitutoagrariosartor.it