

**RICHIESTA TRASFORMAZIONE IN PART TIME**

Art. 39, del "CCNL del Comparto Scuola" del 29/11/2007

**Personale Docente**

Ufficio

Prot. n. \_\_\_\_\_ Tit. \_\_\_\_\_ cl \_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
 indirizzo e-mail presso cui inviare eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_  
 assunt \_\_\_\_\_ con contratto a tempo **Indeterminato** in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di docente di scuola

**Primaria** **Secondaria di 1° grado** **CHIEDE**

la trasformazione del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale, a decorrere dall'a.s. \_\_\_\_\_, secondo la seguente tipologia

**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 quanto riportato nell'**ALLEGATO A**

Il sottoscritt, in caso di trasferimento o passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o al ruolo di appartenenza e a confermare la domanda di tempo parziale.

Il sottoscritt si impegna a comunicare l'eventuale cessazione del contratto part-time, oltre il biennio 2017/2019, entro la data prevista per la presentazione delle nuove istanze di part-time

Allega alla presente i seguenti atti:

1. ALLEGATO A
2. CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI HANDICAP

**Privacy**

L'informativa sul nuovo regolamento UE 2016/679 è disponibile sul sito web istituzionale alla voce privacy.

Livigno, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA**

La presente è pervenuta in data \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a mezzo \_\_\_\_\_

L'Assistente amm.vo addetto al controllo \_\_\_\_\_

Il Direttore dei Servizi G. A.  
Maria Catena FAZIO

**Note Del Dirigente Scolastico**Visto Si autorizza Non si autorizza 

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO regg.**  
**Dott. Gianmaria TOFFI**

**RICHIESTA TRASFORMAZIONE IN PART TIME**

Art. 39, del "CCNL del Comparto Scuola" del 29/11/2007

**Personale Docente****ALLEGATO A****DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO E PRECEDENZA UTILI AI FINI  
DELL'ISTANZA DI PART-TIME, AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968 N. 15**

\_1\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

docente di scuola \_\_\_\_\_

con contratto a tempo indeterminato in servizio presso \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

**TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO**

- di avere una anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_
- di avere una anzianità di servizio non di ruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_  
(i docenti indicheranno gli anni scolastici non di ruolo interi prestati col prescritto titolo di studio e quindi riconoscibili ai fini della carriera)
- anzianità complessiva pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_

**TITOLI DI PRECEDENZA**

(contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)

- portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie
- di avere a carico \_1\_ sig. \_\_\_\_\_ per \_1\_ quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla l.n.18/80
- familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (\*)
- di assistere \_1\_ sig. \_\_\_\_\_ portatore di handicap non inferiore al 70%, malato di mente, anziano non autosufficiente (**sottolineare la voce che interessa**) (\*)
- di essere genitore dei sotto nominati figli minori

cognome e nome

data di nascita

.....  
.....

- di aver superato il sessantesimo anno di età
- di aver compiuto il venticinquesimo anno di effettivo servizio
- di possedere motivate esigenze di studio (**da autocertificare in modo dettagliato**)

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

**\* nota bene:** le situazioni di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L.. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.