

All'Ufficio Scolastico XI
Ambito Territoriale per la Provincia
di Reggio Emilia
(per il tramite del Dirigente Scolastico)

__/__/__ sottoscritt__ nat__ a__ (prov.)__

il __/__/__/ titolare presso__ in qualità di__, ai sensi

dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

CHIEDE

-LA TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
-LA MODIFICA del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;
a decorrere dal 01.09.2020 e secondo la seguente tipologia:

A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE per n. ore ____/____
(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)

B - TEMPO PARZIALE VERTICALE per n. ore ____/____
(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)

A tale fine dichiara:

1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa____ mm:____ gg:____;

2) che: non svolgerà altra attività di lavoro svolgerà la seguente attività di lavoro autonomo/subordinato
..... che non intercorre con altra amministrazione pubblica ai sensi
dell'art. 1, comma 58, della Legge n. 662/96;

3) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:

- a) portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (**documentare con dichiarazione personale**)
- b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18; (**documentare con dichiarazione personale**)
- c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; (**documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali**);
- d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; (**documentare con dichiarazione personale**);
- e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero; (**documentare con dichiarazione personale**);
- f) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; (**documentare con idonea certificazione**).

AVVERTENZA: La compilazione della presente scheda di rilevazione avviene secondo le disposizioni previste dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:_____

Data __/__/____/

Firma _____
Firma per richiesta e autocertificazione

Riservato alla istituzione scolastica: Assunta al protocollo della scuola al n. ____ del __/__/____/

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato, 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/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO