Al Dirigente Scolastico

IIS “Michele Giua” – Cagliari

**OGGETTO: Domanda di part-time personale ATA**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi del C.C.N.L. 19/04/2018 - Comparto Scuola e 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/\_\_\_\_\_\_\_** **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)

**C** - **TEMPO PARZIALE MISTO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lett. A e B)

A tale fine dichiara:

1) di avere l’anzianità complessiva di servizio: aa\_\_\_\_\_\_\_mm:\_\_\_\_\_\_\_\_\_gg:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) 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** **Commiss.** **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**).

**Il/La** **sottoscritt\_** **in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale.**

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Cagliari, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma** **di** **autocertificazione**

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 -da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all’impiegato della scuola)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Cagliari, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 **È** **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.**

Cagliari, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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