## MODELLO DI DOMANDA PART-TIME-PERSONALE ATA

Al Dirigente dell'Ufficio VII
Ambito Territoriale di Avellino
**(per il tramite del Dirigente Scolastico della Scuola di titolarità)**

_l_ sottoscritt_____nat_a_____ 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/_____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:

- ° portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie **(documentare con dichiarazione personale)**
- ° 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)**
- ° 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)**;
- ° figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo; **(documentare con dichiarazione personale)**;
- ° 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)**;
- ° esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; **(documentare con idonea certificazione)**;

*(Barrare la casella di interesse)*

DICHIARA inoltre:

- ° di non voler intraprendere altra attività lavorativa
  ovvero
- ° di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (l'orario part-time richiesto non può superare il 50% di 36 h)

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

_____

Data _____ **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)

Data _____ firma_____

_____
**TIMBRO della SCUOLA**

**ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N._____ in DATA_____SI COMPONE DI N_____ALLEGATI.**
Preso atto della dichiarazione reso dall'interessato/a, 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**, parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.**

Data _____ IL DIRIGENTE SCOLASTICO