**DOMANDA PART-TIME a.s. 2018-19 - PERSONALE A.T.A.**

 **Al Dirigente Scolastico**

 **I.C. di Ponso**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.)\_\_\_\_\_

il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ titolare presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi

dell’art. 58 (personale A.T.A.) del C.C.N.L. 29/11/2007 – 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 01.09.2018 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

 Dr. Loris Milan