

Fac-simile domanda di rientro al tempo pieno, di trasformazione del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale, di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale (O.M. 22.07.1997, n. 446)
Personale ATA

Al Dirigente Scolastico

__l__ sottoscritto/a _____
nato/a _____ (____) il _____
qualifica o profilo _____
in servizio presso _____

C H I E D E

☐ il rientro a tempo pieno
oppure

☐ la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:

☐ **tempo parziale orizzontale** su tutti i giorni lavorativi:
per n. _____ ore settimanali

☐ **tempo parziale verticale:**
per n. _____ ore settimanali per n. _____ giorni settimanali

☐ **tempo parziale ciclico:** _____
indicare il/i periodi di assenza dal servizio

☐ la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all'orario di lavoro , nei seguenti termini : _____

DICHIARA

(Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione; negli altri casi occorre segnare, con una X accanto al numero e/o lettera, le parti che interessano)

☐	1) di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma;
☐	2) di svolgere attività come libero professionista;
☐	3) di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma;
☐	4) di avere un'anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera di aa. _____ mm. _____ gg. _____ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto).
☐	5) di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247.
☐	6) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall'art. 7, comma 4, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 117/89, ulteriormente integrato dall'art. 1, comma 64, della legge 662/1996, in ordine di priorità:
☐	a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
☐	b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. 18,
☐	c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;
☐	d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
☐	e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali), genitori con n. _____. figli minori;
☐	f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio
☐	g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega

data _____

Firma

Riservato alla Istituzione scolastica :

Assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

- ☐ Si dichiara che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale
- ☐ Si dichiara che la richiesta di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente
- ☐ Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:

Il Dirigente Scolastico

Data _____
