

Modello di domanda di rientro al tempo pieno, conferma del tempo parziale, 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

__1__ sottoscritto/a

nato/a _____ (____) il _____

qualifica o profilo _____

in servizio presso _____

CHIEDE

- il rientro a tempo pieno
- Conferma del tempo parziale per un ulteriore biennio di ore _____

oppure

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

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

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

o **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)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma; |
| <input type="checkbox"/> | 2) di svolgere attività come libero professionista; |
| <input type="checkbox"/> | 3) di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma; |
| <input type="checkbox"/> | 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 |

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di autorizzare l'Ufficio III - Ambito Territoriale di Potenza e il Dirigente preposto al trattamento dei dati personali per le finalità connesse e necessarie allo svolgimento della presente procedura, ai sensi e con le garanzie di cui agli articoli 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016. Con la presente fornisce, inoltre, il proprio assenso alla pubblicazione del proprio nominativo sul sito Internet dell'AT Potenza www.istruzionepotenza.it ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni.

Luogo e data

F i r m a

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: _____

Data _____

Il Dirigente Scolastico