

**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);
<input type="checkbox"/>	5) di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247;

	<b>6)</b> 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.istruzioneepotenza.it](http://www.istruzioneepotenza.it) ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni.

Luogo e 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico**

\_\_\_\_\_