

**DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO  
DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**

ALL'UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE

DI .....  
Per il tramite dell'Istituzione Scolastica

.....

**OGGETTO:** DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE.

Il/a sottoscritt.....nat... a .....il .....  
residente a .....via ..... n.....  
codice fiscale..... docente ..... (classe di concorso  
.....) personale A. T. A . (profilo professionale .....  
.....) con contratto a tempo indeterminato, titolare presso .....  
in servizio presso questa istituzione scolastica

**CHIEDE**

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, come previsto dagli artt. 7, 8 e 9 della O.M. 446 del 22 luglio 1997 e dagli artt. 39 e 58 del C.C.N.L., secondo la seguente tipologia di part-time:

- Tempo parziale orizzontale (articolazione delle prestazioni del servizio su tutti i giorni lavorativi) per ore settimanali .....
- Tempo parziale verticale (articolazione delle prestazioni del servizio su alcuni giorni della settimana, del mese, o di determinati periodi dell'anno) ore.....- giorni/periodi .....

**A TAL FINE DICHIARA**

Di avere un'anzianità complessiva riconosciuta o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera (alla data di scadenza della domanda):

- Servizio pre-ruolo aa..... mm..... gg.....
- Servizio di ruolo aa..... mm..... gg.....

Di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza:

- Portatori di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
- Persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11/02/1980 n. 18;
- Familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica;
- Figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;

- Familiari che assistono persone portatori di handicap non inferiore al 70 per cento, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero;
- Aver superato i sessanta anni di età;
- Aver compiuto venticinque anni di effettivo servizio;
- Esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'amministrazione di competenza;

Allego:

1).....;

2).....;

3).....;

Data .....

Firma .....

Visto per l'approvazione:

Il Dirigente Scolastico

.....

Nota bene:

- le situazioni di handicap e di assistenza a persone portatrici di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;
- nel caso di trasferimento deve essere tempestivamente comunicata la nuova sede di titolarità.