Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

istanza di rientro a tempo pieno, di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, di modifica dell’attuale rapporto di lavoro a tempo parziale (O.M. 22.07.1997, n. 446)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | | | | (*cognome*) | | | (*nome*) | |
| Nato/a a | | (*comune, provincia, Stato*) | | | | | | |
| il | (*gg/mm/aaaa*) | | | | (*codice fiscale*) | | | |
| Recapito telefonico | | |  | | | E-mail | |  |

qualifica o profilo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rientro a tempo pieno

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 periodo/i 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità** (*nessuna dichiarazione in caso di rientro a tempo pieno; negli altri casi segnare con una X accanto alle parti che interessano*):

|  |  |
| --- | --- |
|  | di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma; |
|  | di svolgere attività come libero professionista; |
|  | di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma; |
|  | di avere un’anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriere di aa.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto. **Se non dichiarato sarà considerato pari a 0**); |
|  | di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell’art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247 (particolari patologie e assistenze L. 61/2000 e D.L. 276/2003); |
|  | di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall’O.M.n. 446/97 – art.3, in ordine di priorità: |
|  | 1. portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; |
|  | 1. persone a carico per le quali è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. 18; |
|  | 1. 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; |
|  | 1. figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell’obbligo; |
|  | 1. 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; |
|  | 1. aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio; |
|  | 1. motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega. |

Si dichiara di aver preso visione dell’informativa allegata autorizzando il Ministero dell’Istruzione al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.L.gs n. 196/2003 e dell’art. 13 del regolamento UE n. 679/2016 per le finalità connesse e strumentali alla gestione della presente procedura.

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