

**AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO  
E LA GESTIONE DEL PERSONALE  
DELLA SCUOLA  
Ufficio gestione del rapporto di lavoro  
del personale della scuola-esami di  
stato****RICHIESTA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO IN CONSISTENZE ORARIE  
NON RIENTRANTI NEGLI INTERVALLI TRA LE 12 E LE 20 ORE PER LA SCUOLA PRIMARIA  
E TRA LE 8 E LE 15 ORE PER LA SCUOLA SECONDARIA.<sup>1</sup>**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

docente di ruolo di:

 **SCUOLA PRIMARIA SU POSTO** COMUNE  SOSTEGNO  LINGUA STRANIERA  I.R.C.  ALTRO **SCUOLA SECONDARIA DI**  1° GRADO  2° GRADO CL. DI CONCORSO \_\_\_\_\_

titolare presso l'Istituto \_\_\_\_\_

 con rapporto di lavoro a tempo pieno pari a n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**CHIEDE LA TRASFORMAZIONE**• della tipologia oraria in  orizzontale  verticale  mista

• pari a numero \_\_\_\_\_ ore settimanali.

*A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)*

**DICHIARA** di avere un'anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera corrispondente ad anni \_\_\_\_\_ e mesi \_\_\_\_\_;<sup>2</sup>

1 La richiesta con orario inferiore al 50% dell'orario a tempo pieno dovrà essere espressamente motivata dal Dirigente scolastico

2 Accertata d'ufficio qualora si renda necessaria la formazione della graduatoria

- di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza:
- ◇ a) portatori 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 11/02/1980, n. 18;
  - ◇ c) familiari a carico, portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica;
  - ◇ d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
  - ◇ e) familiari che assistono persone portatrici di handicap mentali o fisici non inferiore al 70%, anziani non autosufficienti;
  - ◇ f) genitori con n .....figli minori;
  - ◇ g) aver superato i 60 (sessanta) anni di età ovvero aver compiuto 25 (venticinque) anni di effettivo servizio;
  - ◇ h) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'amministrazione di competenza;

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell' Informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016, allegata alla circolare relativa alle richieste di part-time.

(data) \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

Autentica della firma del dipendente e attestazione di assunzione a protocollo.

*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:*

- sottoscritta in mia presenza e il dipendente è stato identificato mediante \_\_\_\_\_;
- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dipendente.

La presente domanda è stata assunta a protocollo nr \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

**RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dirigente scolastico, esaminata l'istanza presentata dal/dalla docente  
 \_\_\_\_\_ (indicare nome e cognome del docente)

**RITIENE**

- che le indicazioni formulate dal/dalla docente **sono compatibili** con le esigenze organizzative scolastiche per le seguenti motivazioni:  
 \_\_\_\_\_;  
 \_\_\_\_\_;

- che le indicazioni formulate dal docente **non sono compatibili** con le esigenze organizzative scolastiche per le seguenti motivazioni:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

e quindi **propone** che la prestazione lavorativa a tempo parziale sia effettuata con tipologia:

- orizzontale                       verticale                       mista

pari a n. ore settimanali: \_\_\_\_\_

verificando che il/la docente concorda  non concorda  con la proposta suddetta.

FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data