



MODELLO B

**INSEGNANTI DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE
- RICHIESTA ARTICOLAZIONE PLURIENNALE DELL'ORARIO DI LAVORO -**

**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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____ MATRICOLA _____

DIPENDENTE DI RUOLO DAL ___ / ___ / _____ INSEGNANTE FORMAZIONE PROFESSIONALE

_____ (INDICARE LA MATERIA DI INSEGNAMENTO)

ASSEGNATO/A ALL'ISTITUTO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DI _____

CHIEDE

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale nell'arco di un quinquennio, ai sensi dell'art. 29 CCPL 7.8.2007. Chiede inoltre di poter fruire del periodo di riposo nell'anno scolastico:

- 2024/2025 (anzianità di servizio di almeno 20 anni)
- 2025/2026 (anzianità di servizio di almeno 20 anni)
- 2026/2027 (anzianità di servizio di almeno 15 anni)
- 2027/2028 (anzianità di servizio di almeno 10 anni)
- 2028/2029 (anzianità di servizio di almeno 10 anni)

**MODELLO B**

Ai fini della formazione dell'eventuale graduatoria, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dei 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 (articolo 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

dichiara **di convivere con:**

figli propri e/o del coniuge/compagno/a /convivente, di età inferiore a 6 anni: *(indicare cognome, nome e data di nascita, codice fiscale):*

figli propri e/o del coniuge/compagno/a/convivente, di età compresa tra 6 e 14 anni: *(indicare cognome, nome e data di nascita, codice fiscale):*

figli propri e/o del coniuge/compagno/a/convivente, di età compresa tra 14 e 18 anni: *(indicare cognome, nome e data di nascita, codice fiscale):*

come risulta dallo stato di famiglia, e che il coniuge/compagno/a /convivente *(indicare cognome, nome e data di nascita, codice fiscale):*

 di essere in possesso dei sottoelencati requisiti richiesti per l'attribuzione del punteggio per i quali:

indico gli estremi identificativi dei documenti ed il procedimento per il quale sono stati già presentati all'Amministrazione

mi impegno ad inoltrare relativa documentazione secondo le modalità e le tempistiche previste nella circolare

 di essere:

affetto da grave debilitazione psico-fisica

affetto da grave patologia

invalido _____ (specificare se del lavoro/civile o per servizio) con un grado invalidità pari _____%



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

MODELLO B

di assistere il/la sig./sig.ra _____

(indicare cognome, nome, data di nascita, codice fiscale, residenza e grado di parentela del familiare), per il/la quale fruisco dei permessi ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104;

di assistere con carattere di continuità il/la sig./sig.ra _____

(indicare cognome, nome, data di nascita, codice fiscale, residenza e grado di parentela del familiare convivente), che necessita di assistenza (barrare la voce che interessa):

- a seguito di grave debilitazione psico-fisica
- in quanto soggetto a fenomeni di tossicodipendenza//alcoolismo
- in quanto affetto/a da gravi patologie
- in quanto anziano non autosufficiente
- in quanto invalido al 100%

di frequentare l'università di _____ ovvero la scuola secondaria superiore _____ (indicare con precisione la denominazione della scuola ed il corso di studi, ovvero l'università frequentata/facoltà/corso di studi ed eventualmente la sede)

di avere superato il 50° anno di età.

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 del/della docente

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore
- sottoscritta in presenza del dipendente della segreteria dell'istituto incaricato al ricevimento della domanda
(*indicare in stampatello il nome del dipendente*).....



MODELLO B

RISERVATO AL DIRIGENTE

Il sottoscritto, esaminata l'istanza presentata dal/dalla docente _____

RITIENE

che le indicazioni formulate dal/dalla docente **sono compatibili** con le esigenze organizzative scolastiche;

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

e quindi propone
che il periodo di riposo venga effettuato nell'anno formativo

attesta che il/la docente

concorda

non concorda con la proposta suddetta

Data

Il Dirigente
