

PERSONALE ATA
RICHIESTA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA

**AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO GESTIONE DEL
PERSONALE DELLA SCUOLA E RELAZIONI SINDACALI
UFFICIO RAPPORTO DI LAVORO E MOBILITÀ
DEL PERSONALE SCOLASTICO**

Io sottoscritt _____, matricola _____ nat _____ a
_____ il _____, dipendente a tempo indeterminato dal _____
nel profilo di _____ titolare presso l'istituzione
scolastica/formativa _____

superato il periodo di prova SI | NO |

CHIEDE LA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA

☐ **ANNUALE** ____/____

☐ **BIENNALE** ____/____ - ____/____

del rapporto di lavoro a tempo parziale a decorrere dal 1° settembre _____

di durata: ☐ **18** ore settimanali ☐ **21** ore settimanali ☐ **24** ore settimanali ☐ **30** ore settimanali

e con tipologia:

☐ **orizzontale** con prestazione lavorativa settimanale articolata su ☐ 5 giorni o ☐ 6 giorni
giorno non lavorativo _____ con:

☐ **orario antimeridiano** ☐ **orario pomeridiano** ☐ **orario misto**

☐ **verticale settimanale** con prestazione lavorativa articolata su ☐ 3 giornate ☐ 4 giornate

(indicare i giorni) _____

☐ **verticale annuale** con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno

_____ e
articolata su ☐ 5 giorni o ☐ 6 giorni settimanali

per la durata di: ☐ 6 mesi ☐ 7 mesi ☐ 8 mesi ☐ 10 mesi

Ai fini dell'attribuzione del punteggio per la formazione della graduatoria,

allego

la seguente documentazione:

inoltre

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci richiamate dall'art. 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 (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARO

☐ di **convivere con:**

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 0 e 3 anni:** *(indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):*

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 3 e 8 anni:** *(indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):*

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 8 e 16 anni:** *(indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):*

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 16 e 18 anni:** *(indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):*

come risulta dagli atti del Comune di residenza.

☐ di **essere:**

- ☐ affetto da grave debilitazione psico-fisica
- ☐ affetto da grave patologia anche temporanea
- ☐ disabile certificato ai sensi della L. 104/92 e ss.mm.
- ☐ invalido (specificare se del lavoro/civile) con un grado invalidità pari al _____%

☐ di **convivere con familiare di età superiore a 75 anni** (indicare cognome, nome, data di nascita, codice fiscale e grado di parentela del familiare convivente):

come risulta dagli atti del Comune di residenza

☐ di **beneficiare dei permessi accordati ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104**¹ per assistere il/la sig./sig.ra (indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, codice fiscale e grado di parentela del familiare):

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

(indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, codice fiscale e grado di parentela) 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 non autosufficiente
- ☐ in quanto invalido al 100%

☐ di avere superato il 50° anno di età.

☐ di frequentare l'Università o una scuola secondaria superiore.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

(Firma)

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) _____

¹ deve trattarsi del familiare che il dipendente assiste ai sensi dell'art. 33 della legge 05.02.1992, n. 104 e ss.mm.

RISERVATO AL DIRIGENTE

Il sottoscritto Dirigente, presa visione dell'istanza presentata dal__ dipendente _____

ritiene

- ☐ che le indicazioni formulate dal__ dipendente **sono compatibili** con le esigenze organizzative dell'Istituto/Servizio;

(oppure)

- ☐ che le indicazioni formulate dal__ dipendente **non sono compatibili** con le esigenze organizzative dell'Istituto/Servizio per le seguenti motivazioni:

e quindi propone

che la prestazione lavorativa a tempo parziale venga effettuata come di seguito indicato:

di durata: ☐ **18** ore settimanali ☐ **21** ore settimanali ☐ **24** ore settimanali ☐ **30** ore settimanali

e con tipologia:

- ☐ **orizzontale** con prestazione lavorativa settimanale articolata su ☐ **5** giorni o ☐ **6** giorni
giorno non lavorativo _____ con:

- ☐ **orario antimeridiano** ☐ **orario pomeridiano** ☐ **orario misto**

- ☐ **verticale settimanale** con prestazione lavorativa articolata su ☐ **3** giornate ☐ **4** giornate nelle
giornate di _____

- ☐ **verticale annuale** con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno
_____ e
articolata su ☐ **5** giorni o ☐ **6** giorni settimanali con rientro pomeridiano (ove previsto) nelle giornate di

di durata: ☐ **6** mesi ☐ **7** mesi ☐ **8** mesi ☐ **10** mesi

verificando che il/la dipendente ☐ **concorda** ☐ **non concorda** con la proposta suddetta.

Data _____

(timbro e firma del Dirigente)