

**OGGETTO: Richiesta di modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale a decorrere dal 1° settembre 20\_\_**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, docente di ruolo di:

- SC. PRIMARIA SU POSTO     COMUNE     SOSTEGNO     LINGUA STRANIERA     I.R.C.  
 SC. SECONDARIA DI     1° GRADO     2° GRADO     CL. DI CONCORSO

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

**con rapporto di lavoro a tempo parziale**

- orizzontale**                       **verticale**                       **misto**

per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

**CHIEDE LA MODIFICA**

- della tipologia oraria in**     **orizzontale**     **verticale**     **mista**  
 **della durata della prestazione lavorativa da n. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ore settimanali.**

Dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.

**(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 il \_\_\_\_\_ con prot. n. \_\_\_\_\_.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

**RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dirigente scolastico, 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 la prestazione lavorativa a tempo parziale sia effettuata con tipologia:

- orizzontale                       verticale                       mista

per n. ore settimanali: \_\_\_\_\_

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

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data \_\_\_\_\_