

PART TIME – PERSONALE A.T.A.

Al Dirigente dell'Ufficio IX – Ambito Territoriale di Lucca e Massa Carrara **sede di Massa**

PER IL TRAMITE DEL

del Dirigente Scolastico dell'Istituto _____

 1 sottoscritt _____ nat _____
 a _____ il _____ codice
 fiscale _____

- personale ATA (ad eccezione dei DSGA) profilo _____
- con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____
- con contratto a tempo indeterminato part-time, in servizio presso _____,
 (contratto part-time prot. _____ del _____, allegato in copia)

CHIEDE

a decorrere dall'a. s. 2024/25:

1 **la MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio, come contratto part time allegato in copia ;

2 **la TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale;

secondo la seguente tipologia che viene barrata :

TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE (su tutti i giorni lavorativi) **PER N. _____ ORE** settimanali

dalle ore _____ alle ore _____ per n. _____ ore giornaliere

TEMPO PARZIALE VERTICALE (su non meno di 3 giorni lavorativi) **PER N. _____ ORE** settimanali

dalle ore _____ alle ore _____ per n. _____ ore giornaliere, nei seguenti giorni:

Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato

TEMPO PARZIALE MISTO così strutturato:

(specificare anche l'orario di servizio preferito, i periodi richiesti ed ogni altra specifica)

A tal fine dichiara sotto la proprio responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/00 :

1) DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO:

- di avere una anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni ____ mesi ____ giorni ____
- di avere una anzianità di servizio non di ruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni ____ mesi ____ giorni ____
- anzianità complessiva pari ad anni ____ mesi ____ giorni ____

2) DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI PRECEDENZA PREVISTI DALL'ART. 7 C. 4 D.P.C.M. n. 117/89, integrato dall'art.1 LEGGE 662/96, IN ORDINE ALLA PRIORITA' (contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)

a portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie(*)

b di avere a carico 1 sig. _____

per 1 quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.n.18/80(*)

c familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (*) _____

d genitore di figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo:

cognome e nome

data di nascita

.....

e di assistere 1 sig. _____, tipo di relazione familiare _____:

- portatore di handicap non inferiore al 70%(*),
- malato di mente(*),
- anziano non autosufficiente(*) _____

cognome e nome

data di nascita

.....

f di aver superato il sessantesimo anno di età o aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;

g di possedere motivate esigenze di studio **così dettagliatamente autocertificate:** _____

(*) nota bene: le situazioni di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali

DICHIARA inoltre:

di non voler intraprendere altra attività lavorativa

ovvero

di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (l'orario part time richiesto non può superare il 50% di 36 h)

1 sottoscritt_, in caso di trasferimento o passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o al ruolo di appartenenza e a confermare la domanda di tempo parziale.

1 sottoscritt_ si impegna a comunicare l'eventuale cessazione del contratto part-time, oltre il biennio 2024/2026, entro la data fissata con modalità permanente per la presentazione delle nuove istanze di part-time (**15 marzo di ogni anno scolastico**)

Allega alla presente le seguenti certificazioni :

1)CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI
HANDICAP.....
...2)

.....

(data),.....

Firma _____

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA
SI COMPONE DI N. ALLEGATI.

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a, si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **E' COMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico.

Eventuale:

Circa la dichiarazione di altra attività lavorativa che l'interessato/a ha dichiarato con la presente domanda di voler svolgere , si esprime il seguente parere in ordine alla compatibilità :

SI ESPRIME infine , parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....