

	<p>M.I.U.R. – U.S.R. EMILIA ROMAGNA – UFFICIO V - BOLOGNA ISTITUTO COMPRENSIVO di CASTEL MAGGIORE Via Bondanello n. 28 - 40013 Castel Maggiore (BO) Tel. 051/6321233 – Fax 051/712810 Cod. Fiscale 91201340378 Cod. Ministeriale BOIC82200G e-mail: boic82200g@istruzione.it P.E.C.: boic82200g@pec.istruzione.it sitoWeb: https://www.iccastelmaggiore.edu.it/</p>	
--	---	--

Castel Maggiore, _____

**Alla Dirigente Scolastica
IC di Castel Maggiore**

Oggetto: domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale (O.M. n° 446 del 22/07/1997)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ C.F. _____

In servizio presso codesto Istituto in qualità di _____ con contratto a TD TI

CHIEDE

la **trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale**, come previsto dagli articoli 7, 8, e 9 della O.M. n. 446 del 22 luglio 1997, secondo la seguente tipologia (contrassegnata da una crocetta):

- tempo parziale orizzontale** (su tutti i giorni lavorativi) per n. ore _____
- tempo parziale verticale** (su non meno tre giorni lavorativi) per n. ore _____
- tempo parziale ciclico** (su parte dell'anno) per n. mesi/settimane _____ escluso/i _____

A TAL FINE DICHIARA

1) Di avere **un'anzianità** complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera **di anni** _____ come dall'unità dichiarazione **(allegato a)**.

2) Di essere in possesso dei seguenti **titoli di precedenza**:

(contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)

- a) *Portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (allegato b)*
- b) *Persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18 (allegato b)*
- 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 (allegato b)*

	<p>M.I.U.R – U.S.R. EMILIA ROMAGNA – UFFICIO V - BOLOGNA ISTITUTO COMPRESIVO di CASTEL MAGGIORE Via Bondanello n. 28 - 40013 Castel Maggiore (BO) Tel. 051/6321233 – Fax 051/712810 Cod. Fiscale 91201340378 Cod. Ministeriale BOIC82200G e-mail: boic82200g@istruzione.it P.E.C.: boic82200g@pec.istruzione.it sitoWeb: https://www.iccastelmaggiore.edu.it/</p>	
---	---	--

e) *familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, genitori con n _____ figli minori (sottolineare la situazione che interessa) (allegato b) **

f) *aver superato i sessanta anni di età' ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio (sottolineare la situazione che interessa) (allegato b)*

g) *esistenza di motivate esigenze di studio (da certificare con idonea documentazione)*

*** NOTA BENE:**

Le situazioni di handicap citate al punto c) e le analoghe situazioni di cui al punto e) devono essere documentate con certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.

L 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.

Allego alla presente i seguenti atti, sopra menzionati:

1 - allegato a: dichiarazione relativa all' anzianità di servizio complessiva;

2 - allegato b: dichiarazione relativa alle precedenza;

3 - le seguenti certificazioni relative alle situazioni di handicap e/o relative alle esigenze di studio

Castel Maggiore, ____/____/____

Firma _____

La presente domanda è stata presentata a questa scuola in data _____ ed assunta a protocollo n° _____ del _____

Castel Maggiore, ____/____/____

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Antonietta Esposito
(firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell'art.3, c. 2 D.Lgs n.39/93)

	<p>M.I.U.R – U.S.R. EMILIA ROMAGNA – UFFICIO V - BOLOGNA ISTITUTO COMPRESIVO di CASTEL MAGGIORE Via Bondanello n. 28 - 40013 Castel Maggiore (BO) Tel. 051/6321233 – Fax 051/712810 Cod. Fiscale 91201340378 Cod. Ministeriale BOIC82200G e-mail: boic82200g@istruzione.it P.E.C.: boic82200g@pec.istruzione.it sitoWeb: https://www.iccastelmaggiore.edu.it/</p>	
--	---	--

Allegato A

Oggetto: Dichiarazione relativa all' anzianità di servizio posseduta ai fini dell'istanza di part-time

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il _____ C.F. _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____ con contratto a TD TI

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, quanto segue:

- di avere un'anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari **ad anni** _____ **mesi** _____ **giorni** _____.
- di avere la seguente anzianità di servizio non di ruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera

per un totale di anni _____

(i docenti indicheranno gli anni scolastici non di ruolo interi prestati col prescritto titolo di studio e quindi riconoscibili ai fini della carriera)

quindi di avere un'anzianità complessiva pari ad anni _____ **mesi** _____ **e giorni** _____.

Castel Maggiore, ____/____/____

Firma _____

Allegato B

Oggetto: Dichiarazione relativa ai titoli di precedenza, utili ai fini dell'istanza di part-time

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il _____ C.F. _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____ con contratto a TD TI

DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità e ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, quanto segue:

- Di essere portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
- Di avere a carico _l_ sig. _____ per il quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla l. N.18/80;
- Di avere i sottominati figli di età inferiore a quella prescritta per l'obbligo scolastico:
 cognome e nome _____ data di nascita _____

- Di assistere _l_ sig. _____ portatore di handicap non inferiore al 70%, malato di mente, anziano non autosufficiente (sottolineare la voce che interessa);
- Di essere genitore dei sottominati figli minori
 Cognome e nome _____ data di nascita _____

- Di aver superato il sessantesimo anno di età
- Di aver compiuto il venticinquesimo anno di effettivo servizio.

Castel Maggiore, ____/____/____

Firma _____