

## PART TIME - PERSONALE A.T.A.

Al Dirigente dell'Ufficio VIII - Ambito Territoriale di Livorno

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 full time

con contratto a tempo indeterminato part-time

### CHIEDE

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

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

la **TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale secondo la seguente tipologia:

**TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (su tutti i giorni lavorativi) **PER N. \_\_\_\_\_ ORE** settimanali e per n. \_\_\_\_\_ ore giornaliere

**TEMPO PARZIALE VERTICALE** (su non meno di 3 giorni lavorativi) **PER N. \_\_\_\_\_ ORE** settimanali e per n. \_\_\_\_\_ ore giornaliere, nei seguenti giorni:

Lunedì     Martedì     Mercoledì     Giovedì     Venerdì     Sabato

**TEMPO PARZIALE MISTO** così strutturato:

---

---

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

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

- anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_ ;
- 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 co.4 D.P.C.M. n. 117/89, integrato dall'art.1 LEGGE 662/96, IN ORDINE ALLA PRIORITA'**

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

Allegato n.1

- di avere a carico \_1\_ sig. \_\_\_\_\_  
per \_1\_ quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.n.18/80(\*)
- familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcoolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (\*) \_\_\_\_\_
- genitore di figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo:

cognome e nome

data di nascita

.....  
 .....  
 .....

- di aver superato il sessantesimo anno di età o aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;
- di possedere le seguenti motivate esigenze di studio:

\_\_\_\_\_

**(\*) 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 ciascun anno scolastico**)

Allega alla presente le seguenti certificazioni relative alle situazioni di handicap:  
 .....

Luogo e data ..... Firma.....

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 È **COMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico.

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: **parere favorevole / sfavorevole** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente: .....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....