

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

.....