**Domanda di rientro al tempo pieno, conferma del tempo parziale, di trasformazione del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale, di modifica dell’attuale rapporto di lavoro a tempo parziale ( O.M. 22.07.1997, n. 446)**

**Personale DOCENTE ed EDUCATIVO**

Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Materia di insegnamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cl.Conc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

□ il rientro a tempo pieno

* la conferma del tempo parziale per un ulteriore biennio di ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure

□ la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:

o **tempo parziale orizzontale** su tutti i giorni lavorativi:

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

o **tempo parziale verticale**:

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

o **tempo parziale ciclico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indicare il/i periodi di assenza dal servizio

* la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all’orario di lavoro, nei seguenti termini : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione; negli altri casi occorre segnare, con una **X** accanto al numero e/o lettera, le parti che interessano)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1)** di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma; |
|  | **2)** di svolgere attività come libero professionista; |
|  | **3)** di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma; |
|  | **4)** di avere un’anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera di aa.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto); |
|  | **5)** di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell’art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247; |
|  | **6)** di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall’art. 7, comma 4, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 117/89, ulteriormente integrato dall’art. 1, comma 64, della legge 662/1996, in ordine di priorità: |
|  | a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; |
|  | b) persone a carico per le quali è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. 18, |
|  | c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; come confermato dall’unito certificato dell’ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali; |
|  | d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell’obbligo; |
|  | e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall’unito certificato dell’ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali), genitori con n\_\_\_\_. figli minori; |
|  | f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio |
|  | g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega |

Luogo e data ………………………………………………

F i r m a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_