

**Al Dirigente**  
**Ufficio XI - Ambito Territoriale per la Provincia**  
**di REGGIO EMILIA**  
*(per il tramite del Dirigente Scolastico)*

**OGGETTO: Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale (O.M. n. 446 del 22/07/1997).**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_  
 in servizio presso \_\_\_\_\_

**• DOCENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DI :**

- SC. INFANZIA       SC. PRIMARIA       I.R.C. (infanzia/primaria)  
 1° GRADO       2° GRADO       I.R.C.      Classe di Conc. \_\_\_\_\_  
 POSTO COMUNE       POSTO SOSTEGNO

**C H I E D E**

la trasformazione del proprio rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale **(1)** ..... per n. .... ore settimanali a partire **dall'a.s. 2018/19**

A tal fine dichiara:

(ai sensi del DPR 28 dicembre 200 n.445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

- 1) di avere un'anzianità di ruolo di anni ..... e di pre-ruolo di anni ....., quindi un'anzianità complessiva, riconosciuta o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di anni .....
- 2)  non svolgerà altra attività di lavoro  
 svolgerà la seguente attività di lavoro autonomo/subordinato ..... che non intercorre con altra amministrazione pubblica ai sensi dell'art. 1, comma 58, della Legge n. 662/96;
- 3) di possedere i seguenti titoli di precedenza:
  - a)  portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (**documentare con dichiarazione personale**);
  - b)  lavoratori che assistono una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa che abbia connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92 (**documentare con certificazione o copia rilasciata dell'ASL o da Commissioni Sanitarie Provinciali**);
  - c)  familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (**documentare con dichiarazione personale**);
  - d)  figli di età non superiore a tredici anni (**documentare con dichiarazione personale**);
  - e)  familiari di studenti con sindrome DSA (**documentare con dichiarazione personale**);
  - f)  familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiori al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero (**documentare con dichiarazione personale**);
  - g)  esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di appartenenza (**documentazione con idonea certificazione**);
  - h)  aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;

Il sottoscritt dichiara fin d'ora di accettare che l'articolazione oraria del tempo parziale (ovvero i giorni in cui verrà effettuata la prestazione lavorativa) sarà definita annualmente in relazione alla compatibilità dell'orario richiesto con l'orario definitivo delle lezioni elaborato all'inizio di ciascun anno scolastico, e di accettare altresì eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l'unicità dell'insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate (Circolare Funzione Pubblica n.9 del 30 giugno 2011).

Data .....

Firma .....

**(1) Orizzontale** (con articolazione delle prestazioni del servizio su tutti i giorni lavorativi) - **Verticale** (su non meno di tre giorni alla settimana).

**Riservato all'Istituzione Scolastica:**

Richiesta assunta al protocollo della scuola al N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Preso atto della dichiarazione resa dell'interessat\_\_, 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. **Si esprime**, pertanto, parere favorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/della richiedente**.

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO