

## MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE A.T.A.

Al Dirigente dell'Ufficio VII  
Ambito territoriale della provincia di  
AVELLINO

Via G. Marotta, 14 AVELLINO

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di titolarità

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(prov.) il \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_, ai sensi del C.C.N.L. 29/11/2007 –  
Comparto Scuola e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

### CHIEDE

-LA TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;  
-LA MODIFICA del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;

a decorrere dal 01/09/\_\_\_\_\_ e secondo la seguente tipologia:

A – TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE per n. ore \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)

B – TEMPO PARZIALE VERTICALE per n. ore \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)

C – TEMPO PARZIALE MISTO \_\_\_\_\_  
(articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lett. A e B)

A tale fine dichiara:

1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_;

2) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c.4 del D.P.C.M. n.117/88:

- portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; **(documentare con dichiarazione personale)**
- persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n.18; **(documentare con dichiarazione personale)**
- familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; **(documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commiss. Sanitarie Provinciali);**
- figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo; **(documentare con dichiarazione personale);**
- familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero; **(documentare con dichiarazione personale);**
- esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; **(documentare con idonea certificazione);**  
(Barrare la casella di interesse)

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)

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma di autocertificazione**

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TIMBRO DELLA SCUOLA

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

Eventuale:

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....