

## DOMANDA PART TIME – PERSONALE DOCENTE

  1\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

docente di scuola  INFANZIA     PRIMARIA     SECONDARIA 1°     SECONDARIA 2°

con contratto a tempo indeterminato titolare/incaricato presso \_\_\_\_\_

classe di concorso \_\_\_\_\_ tipo di posto  NORMALE     SOSTEGNO

### CHIEDE

la trasformazione del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale, a decorrere dall'a.s. 2018/19, secondo la seguente tipologia

**TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (su tutti i giorni lavorativi)                      **PER N. ORE** \_\_\_\_\_

**TEMPO PARZIALE VERTICALE** (su non meno di 3 giorni lavorativi)                      **PER N. ORE** \_\_\_\_\_

A tal fine

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

#### TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO

- di avere una anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_
- di avere una anzianità di servizio preruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_

#### EVENTUALI TITOLI DI PRECEDENZA

(contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)

- portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie
- 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, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (\*)
- di assistere   1\_ sig. \_\_\_\_\_ portatore di handicap non inferiore al 70%, malato di mente, anziano non autosufficiente (**sottolineare la voce che interessa**) (\*)
- di essere genitore dei sotto nominati figli minori

cognome e nome

data di nascita

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

- di aver superato il sessantesimo anno di età
- di aver compiuto il venticinquesimo anno di effettivo servizio
- di possedere motivate esigenze di studio ( **da autocertificare in modo dettagliato**)

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

**\* nota bene:** le situazioni di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.

   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.

   sottoscritt\_ si impegna a comunicare l'eventuale cessazione del contratto part-time, oltre il biennio 2018/2020, entro la data prevista per la presentazione delle nuove istanze di part-time.

---

Allega alla presente i seguenti documenti:

1. CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI HANDICAP

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

..... (data)

Firma .....

---

TIMBRO DELLA SCUOLA

● ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA .....  
SI COMPONE DI N. .... ALLEGATI.

● SI DICHIARA CHE LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO RICHIESTO NON  
COMPORTE PREGIUDIZIO ALLA FUNZIONALITA' DELL'AMMINISTRAZIONE.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....