# MODELLO A
## PERSONALE DOCENTE
## SCUOLA DELL'INFANZIA
## A.S. 2023/2024

(In carta semplice, tramite il Dirigente dell'Istituto)

Al Dirigente Scolastico di_____

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

_l__sottoscritt_____nat___a _____ il _____titolare presso _____in servizio presso_____

in qualità di **DOCENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DI SCUOLA DELL'INFANZIA**

☐ POSTO COMUNE ☐ POSTO SOSTEGNO

**C H I E D E**

☐ **la TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale**,** come previsto dagli articoli 7, 8 e 9 dell'O.M. n. 446 del 22 luglio 1997, e successive modificazioni,

☐ **la MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio,

secondo la seguente tipologia:

☐ **TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (SU TUTTI I GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE_____

☐ **TEMPO PARZIALE VERTICALE** (SU NON MENO DI N. 3 GIORNI ALLA SETTIMANA) PER N. ORE_____

☐ **TEMPO PARZIALE MISTO**_____

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46,47 e 48 del DPR 445/200 e a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del medesimo DPR 445/2000):

**A)** di avere un'anzianità di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di anni pari a (*):

Ruolo anni _____e mesi _____

Pre-ruolo anni _____e mesi _____

(*) L'anzianità di servizio è documentata con dichiarazione personale da allegare alla presente.

**B)** di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza in ordine di priorità (contrassegnare le sole situazioni possedute), ai sensi art. 3 comma 3 punto 2 dell'O.M. n. 446/97:

a. Essere portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (1);
b. Avere persone a carico per le quali è corrisposto l'assegno di accompagnamento di cui alla Legge 11/02/80 n. 18 (1);
c. Avere familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (2);
d. Avere figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo (1);
e. Essere familiare che assiste persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero (1) (2);
f. Avere superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio (1);
g. Esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'amministrazione di competenza (3).

(1) Documentare con dichiarazione personale da allegare alla presente;
(2) Documentare con certificazione in originale o in copia autenticata rilasciata dalla ASL o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;
(3) Dimostrare con idonea documentazione.

__l__ sottoscritt__, in caso di trasferimento o di passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o alla classe di concorso e a confermare la domanda di tempo parziale entro 5 giorni dalla pubblicazione dei movimenti.

**ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

- _____
- _____
- _____
- _____

_____, li_____ _____

**(FIRMA)**

---

## RISERVATO ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

La presente domanda è stata presentata a questa Istituzione Scolastica in data _____con prot. n. _____ del _____

☐ Si dichiara che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere FAVOREVOLE alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale.

☐ Si dichiara che la richiesta di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere FAVOREVOLE alla modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente.

☐ Si esprime parere NON FAVOREVOLE alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni: _____
_____
_____

Data_____ IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____