

Domanda di rapporto di lavoro a tempo parziale

All'Ufficio Scolastico Territoriale di Lecco  
Tramite il Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ titolare presso  
\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Cl. di Concorso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 39 (personale docente) o dell'art. 58 (personale A.T.A.) del C.C.N.L 29/11/2007 e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

/// LA TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale

/// LA MODIFICA del precedente orario di part-time

a decorrere dal 01/09/2023 e 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 sett.) per n. ore \_\_\_\_/\_\_\_\_
- /// tempo parziale misto (combinazione verticale/orizzontale) per n. ore \_\_\_\_/\_\_\_\_

**oppure COMUNICA**

/// la volontà di CONFERMA del rapporto di lavoro a tempo parziale in essere nel biennio 2021/23

A tale fine dichiara:

1. di avere n° \_\_\_\_ anni di servizio di ruolo (compreso il corrente anno scolastico);
2. di avere n° \_\_\_\_ anni di servizio pre-ruolo riconosciuto o riconoscibile;
3. di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art. 3, comma 2, O.M. 446/97:
  - 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: vedere l'unito certificato della A.S.L. 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, genitori con n. .... figli minori (sottolineare la situazione che interessa);
  - f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio (sottolineare la situazione che interessa);
  - g) esistenza di motivate esigenze di studio, come da unita documentazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole, in caso di eventuale trasferimento o di passaggio ad altro ruolo, di dover comunicare al Dirigente dell'Istituzione scolastica d'arrivo l'ottenimento del tempo part-time .

Allega la certificazione o autodichiarazione personale attestante i titoli di precedenza.

\_\_\_\_\_ luogo e data

\_\_\_\_\_ F i r m a

-----  
(Riservato alla Istituzione scolastica)

Assunta al protocollo della Scuola al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

Si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale è compatibile/non è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. SI ESPRIME, pertanto, parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente.

\_\_\_\_\_  
Il Dirigente Scolastico