

# MODELLO DI DOMANDA PART-TIME-PERSONALE ATA

Al Dirigente dell'Ufficio VII  
Ambito Territoriale di Avellino  
(per il tramite del Dirigente Scolastico della Scuola di titolarità)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_, ai sensi 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 Commissioni 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 reso dall'interessato/a, si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **È COMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. **SI ESPRIME**, parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO