**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME a.s. 2024-25 - PERSONALE A.T.A.**

**Al Dirigente**

**Ufficio V - Ambito Territoriale per la**

**Provincia di COSENZA**

 (per il tramite del Dirigente Scolastico)

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.)\_\_\_\_\_

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;

**a decorrere dal 01.09.2024 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)

A tale fine dichiara:

1) di avere l’anzianità complessiva di servizio: aa\_\_\_\_\_\_\_\_mm:\_\_\_\_\_\_\_\_gg:\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) che:

□ non svolgerà altra attività di lavoro

□ svolgerà la seguente attività di lavoro autonomo/subordinato ……………………………………………………………………………… che non intercorre con altra amministrazione pubblica ai sensi dell’art. 1, comma 58, della Legge n. 662/96;

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

* 1. portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (**documentare con dichiarazione personale**);
	2. lavoratori che assistono una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa che abbia connotazione di gravità ai sensi dell’art. 3, comma 3, della L.104/92 (**documentare con certificazione o copia rilasciata dell’ASL o da Commissioni Sanitarie Provinciali**);
	3. familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (**documentare con dichiarazione personale**);
	4. figli di età non superiore a tredici anni (**documentare con dichiarazione personale**);
	5. familiari di studenti con sindrome DSA (**documentare con dichiarazione personale**);
	6. familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiori al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero (**documentare con dichiarazione personale**);
	7. esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall’Amministrazione di appartenenza (**documentazione con idonea certificazione**).
	8. aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;

AVVERTENZA: La compilazione della presente scheda di rilevazione avviene secondo le disposizioni previste dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 *“Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*”.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma per richiesta e autocertificazione**

**Riservato alla istituzione scolastica:** Assunta al protocollo della scuola al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/

Preso atto della dichiarazione resa dall’interessato, 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. **SI ESPRIME,** pertanto, parere favorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.**

Il Dirigente Scolastico

 Prof.ssa Ersilia SICILIANO