

ALL'U.S.R. PER LA SARDEGNA

Ambito Territoriale di Cagliari

Tramite il Dirigente Scolastico Istituto

_____ - _____
I sottoscritt_ _____, nat_ il _____ a
_____ (Pr. _____) C.F.: _____
in servizio presso _____ in qualità di
_____ Cl. Concorso _____;

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 39 del C.C.N.L. (personale docente) e dell'O.M. 446 del 22 luglio 1997, la trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo pieno a tempo parziale**, con decorrenza **1 settembre _____**, per almeno un biennio, fino a richiesta di revoca, secondo la seguente tipologia:

- ☐ **tempo parziale orizzontale** ⇨ (su tutti i giorni lavorativi) per(h. _____ Sett.)
☐ **tempo parziale verticale** ⇨ (articolazione su alcuni giorni sett.) per(h. _____ Sett.)

A tal 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 11/02/1980 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) esistenza di motivate esigenze di studio, come da unita documentazione.

I sottoscritt_ 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

Firma

Assunta al protocollo della Scuola al n. _____ in data _____.

Si compone di istanza più n. _____ allegati.

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/la richiedente**.

Il Dirigente Scolastico