# MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - DOCENTI

### Al Dirigente Scolastico dell’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l sottoscritt nat a

(prov. )il titolarepresso codicemeccanografico in servizio presso (se diverso da quello dititolarità)

codicemeccanografico inqualitàdi ai sensi del C.C.N.L. 29/11/2007 - Comparto Scuola e dell’O.M. n. 446 del22/7/1997,

**CHIEDE**

**- LA TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;

# a decorrere dal 01/09/2025 e secondo la seguente tipologia:

## **A** - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE pern.ore /

(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)

**B** - TEMPO PARZIALE VERTICALE pern.ore /

(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)

**C** - TEMPO PARZIALEMISTO

(articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lett. A e B)

## **- LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell’orario di servizio;

**a decorrere dal 01/09/2025 e secondo la seguente tipologia:**

**A** - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE dan.ore /an. ore / **B** - TEMPO PARZIALE VERTICALE dan.ore / an.ore / **C** - TEMPO PARZIALEMISTO

A tale fine dichiara:

1. di avere l’anzianità complessiva diservizio:aa mm: gg: ;
2. di non aver chiesto precedente modifica oraria dipart-time;
3. di aver chiesto modica oraria di part-time perl’annoscolastico / ;
4. di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall’art.3 c. 3 dell’O.M. n.446/97:
   * portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (**documentare con dichiarazionepersonale**)

o 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 Commiss. SanitarieProvinciali**);
  + figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d’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**);
  + esistenzadimotivateesigenzedistudio,valutatedall’Amministrazionedicompetenza; (**documentare con idoneacertificazione**).

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

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% dell’orario di lavoro) ………………………………………………………………………………………..

**\_ l\_ sottoscritt\_ dichiara fin d’ora di accettare che l’articolazione oraria del part time (ovvero i giorni in cui verrà effettuata la prestazione lavorativa) sarà definita annualmente in relazione alla compatibilità dell’orario richiesto con l’orario de finitivo delle lezioni che verrà elaborato all’inizio di ciascun anno scolastico**, **e di accettare altresì eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l’unicità dell’insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate in sede di adeguamento dell’organico di diritto alla situazione di fatto.**

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)