

## MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE A.T.A

Al Dirigente dell 'Ufficio VII  
Ambito territoriale della provincia di  
FROSINONE,  
Viale Olimpia, n.14 - 16 FROSINONE  
Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di titolarità

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
(prov.) il \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_  
in qualità di docente di scuola \_\_\_\_\_, ai sensi del C.C.N.L. 29/11/2007 -  
Comparto Scuola e 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:
  - o portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; **(documentare con dichiarazione personale)**
  - 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 )**
  - o 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. Sanitarie Provinciali);**
  - o figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; **(documentare con dichiarazione personale );**
  - o 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 );**
  - o 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 (in questo caso l'orario part-time richiesto non può superare il 50% dell'orario di servizio) .

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

---

Data \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione

-----

(leggi 15/1968, 127/1997, DPR 445/2000 –da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla 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 della Pubblica Amministrazione (Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento Ministeriale 7.12.2006, n. 305).

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

---

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTO AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N. \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ SI  
COMPONE DI N. \_\_\_\_\_ ALLEGATI.

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

