

I sottoscritti _____ nat _____ a _____

(prov. _____) il _____ C.F. _____ in qualità di _____

1. Docente a tempo indeterminato TITOLARE presso

> > Scuola infanzia di _____ su posto comune /sostegno/L2

> > Scuola primaria _____ su posto comune/sostegno/L2

> > Scuola secondaria di primo grado di _____ classe di concorso _____

2. Personale ata a tempo indeterminato TITOLARE in qualità di

> > Assistente Amministrativo

> > Collaboratore scolastico in servizio nel plesso di _____

CHIEDE

LA TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale (prima volta che si chiede)

Oppure

LA MODIFICA dell'attuale orario n. ore _____/_____

Oppure

LA CONFERMA dell'attuale orario n. ore _____/_____

a decorrere dal **01/09/2015**, secondo la tipologia sotto indicata:

TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE

(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi) per n. ore _____/_____

TEMPO PARZIALE VERTICALE

(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi) per n. ore _____/_____

TEMPO PARZIALE MISTO

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

Inoltre,

Dichiaro di **NON** aver prodotto domanda di mobilità

Dichiaro di aver prodotto domanda di mobilità e di conoscere quanto previsto dall'art. 3, comma 8, dell'O.M. 446/97 (conferma della domanda in caso di ottenimento della mobilità (sia territoriale che professionale)

Dichiaro di essere intenzionato _____ ha presentare domanda di mobilità per l'a.s. _____

_____ Data

_____ firma

**DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI PRECEDENZA,
UTILI AI FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME**

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ in servizio presso _____
titolare presso _____ in qualità di _____

DICHIARO SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

di possedere i seguenti titoli di preferenza utili ai fini della valutazione dell'istanza di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale:

- Essere portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (4)
- Avere persone a carico per le quali è corrisposto l'assegno di accompagnamento di cui alla Legge 11/02/80 n. 18 (4)
- Avere familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psico-fisica (5)
- Avere figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo (4)
- Essere familiare che assiste persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (5)
- Essere genitore con n° _____ figli minorenni (4)
- Avere superato i 60 anni di età ovvero compiuto i 25 anni di effettivo servizio
- Altro (specificare altro tipo di precedenza) _____

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- _____
- _____
- _____
- _____

(luogo) (data)

Firma