



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1° POLO
“DON LORENZO MILANI”

Scuola Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria 1° Grado a indirizzo musicale
Via Della Libertà - Tel. 0832.925077 - 73045 LEVERANO (LE)

C.M. LEIC832002 www.icdonmilanileverano.edu.it E-mail: leic832002@istruzione.it C.F. 80012190759

Circ. 250 – a.s. 2023/2024

Leverano, 29/02/2024

Ai Docenti
Scuola Infanzia
Scuola Primaria
Scuola Secondaria

Al D S G A
All' ALBO / ATTI

Oggetto: **Part-time personale docente – Istanze a.s. 2024/2025.**

Si comunica che, come da nota dell'USR PUGLIA - Ufficio VI di Lecce prot. n. 2348 del 23.02.2024, **entro il 15 marzo 2024** il personale docente interessato potrà presentare, direttamente in segreteria, le seguenti istanze:

1. Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
2. Modifica dell'orario e/o tipologia dell'attuale contratto a tempo parziale;
3. Rientro a tempo pieno.

Si precisa che si dovrà utilizzare il modello allegato e che la data di scadenza è improrogabile.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Antonio SAPONARO




Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Don Lorenzo Milani"
Leverano

Oggetto: Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale; di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale; di rientro al tempo pieno. (O.M. 22.07.1997, n. 446) Personale DOCENTE - ATA

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ (____) il _____ C.F. _____

Tel. _____ e-mail _____

Personale docente – classe di concorso _____

Personale ATA - profilo _____

Titolare _____

CHIEDE

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:

- **tempo parziale orizzontale** su tutti i giorni lavorativi per n. _____ ore settimanali
- **tempo parziale verticale:** per n. _____ ore settimanali per n. _____ giorni settimanali
- **tempo parziale ciclico**, indicare il/i periodi di assenza dal servizio _____

la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all'orario di lavoro nei seguenti termini

il rientro a tempo pieno

DICHIARA*

	1- di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma;
	2- di svolgere attività come libero professionista;
	3- di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma;
	4- di avere un'anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera di aa. _____ mm. _____ gg. _____ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto. <u>Se non dichiarato sarà considerato pari a 0</u>).
	5- di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247 (particolari patologie e assistenze L. 61/2000 e D.L. 276/2003).
	6- di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall' O.M.n. 446/97 – art.3, in ordine di priorità:
	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 Febbraio 1980 n. 18;
	c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; come confermato dall'unito certificato dell'ASL 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 (come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali), genitori con n ____ . figli minori;
	f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio;
	g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega.

*Contrassegnare con una X ciò che viene dichiarato.

Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione

in caso di: trasferimento, passaggio, assegnazione provvisoria provinciale ed interprovinciale/utilizzo, l sottoscritt /_ si impegna a comunicare tempestivamente eventuale motivata variazione oraria del part time a questo ufficio tramite il dirigente scolastico del nuovo istituto.

Data _____

Firma _____

Riservato alla Istituzione scolastica:

L'Istanza è assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

Si dichiara che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo pieno a tempo parziale**, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE**

Si dichiara che **la richiesta di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale**, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE**

Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:

Data _____

Il Dirigente Scolastico

Prof. Antonio Saponaro