LICEO CLASSICO "MEGARA"
Classico -Scientifico - Scienze Umane - Linguistico - Artistico
AUGUSTA, VIA STRAZZULLA, 10 - 96011
Tel.. 0931-522024/521834
Codice Fiscale: 81002250892 PEC: srpc070006@pec.istruzione.it e-mail: srpc070006@istruzione.it sito web: www.liceomegara.edu.it

LICEO CLASSICO "MEGARA" - (SEZ. SCIENTIFICA ANNESSA)-AUGUSTA
Prot. 0002786 del 03/03/2023
VII-3 (Uscita)

C.I. n° 420

Augusta, 03/03/2023

.

- Ai Docenti a tempo indeterminato
- Al Personale ATA a tempo indeterminato
- Sito web

Oggetto: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale dall'1/9/2023, nonché rientro a tempo pieno.

Si informa che il personale della scuola a tempo indeterminato può presentare domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale al Dirigente Scolastico entro e non oltre il **15 marzo 2023.**

Il personale scolastico già in part-time può eventualmente chiedere il rientro a tempo pieno con effetto dall'1/9/2023 presentando apposita domanda entro il medesimo termine del 15 marzo 2023.

Si allegano:

1) modello di domanda part-time;
2) Allegato A – dichiarazione anzianità di servizio;
3) Allegato B – dichiarazione titoli di precedenza.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Renato Santoro
(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3, comma 2 D.L.vo n. 39/93)

Il Compilatore:
Franca Garofalo

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME
(In carta semplice da inoltrare per il tramite del Dirigente Scolastico)

__l__sottoscritt_____nat_a_____
(prov.) il_____titolare presso_____
qualifica/profilo professionale_____, classe di concorso/tipo di posto_____ ai sensi degli articoli 39 e 58 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;

a decorrere dal 01 settembre 202_ 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 _____
(solo per il personale A.T.A. - 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:

a) portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (**documentare con dichiarazione personale**)
b) 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**)
c) 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 Commissioni Sanitarie Provinciali**);
d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; (**documentare con dichiarazione personale**);
e) 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**);
f) aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio; (**documentare con dichiarazione personale**);
g) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza (**documentare con idonea certificazione**).

__l__ sottoscritto/a in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: 1) allegato A (dichiarazione anzianità servizio; 2) allegato B (dichiarazione titoli di precedenza); _____

Data_____ Firma_____
(DPR 445/2000 -da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della 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 propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data_____firma _____

==========

Riservato alla istituzione scolastica: Assunta al protocollo della scuola al n._____del _____

Si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **È COMPATIBILE** con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. **SI ESPRIME,** pertanto, parere favorevole alla trasformazione del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.**

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO POSSEDUTA AI FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME

__L SOTTOSCRITT_____

NAT__A_____(PROV.)_____IL_____

TITOLARE PRESSO_____

QUALIFICA/PROFILO PROFESSIONALE _____

CLASSE DI CONCORSO / TIPO DI POSTO_____

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968, N. 15 QUANTO SEGUE:

- DI AVERE UNA ANZIANITA' DI SERVIZIO DI RUOLO , ESCLUSO L'ANNO IN CORSO ED I PERIODI DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI, PARI **AD ANNI_____MESI_____ GIORNI_____.**

- DI AVERE LA SEGUENTE ANZIANITA' DI SERVIZIO NON DI RUOLO RICONOSCIUTA O RICONOSCIBILE AI FINI DELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA

PER UN TOTALE DI ANNI _____

(I DOCENTI INDICHERANNO GLI ANNI SCOLASTICI NON DI RUOLO INTERI PRESTATI COL PRESCRITTO TITOLO DI STUDIO E QUINDI RICONOSCIBILI AI FINI DELLA CARRIERA)

QUINDI DI AVERE UNA ANZIANITA' COMPLESSIVA PARI AD ANNI_____MESI_____E GIORNI_____.

....., ...

(DATA)

FIRMA .....

ALLEGATO B

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

L_ SOTTOSCRITT_____

NAT_A_____(PROV.)_____IL_____

TITOLARE PRESSO_____

QUALIFICA/PROFILO PROFESSIONALE _____

CLASSE DI CONCORSO / TIPO DI POSTO_____

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968, N. 15 QUANTO SEGUE:

- DI ESSERE PORTATORE DI HANDICAP O DI INVALIDITA' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA NORMATIVA SULLE ASSUNZIONI OBBLIGATORIE;
- DI AVERE A CARICO _L_ SIG._____PER IL QUALE E' RICONOSCIUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI CUI ALLA L.N.18/80;
- DI AVERE I SOTTONOMINATI FIGLI DI ETA' INFERIORE A QUELLA PRESCRITTA PER L'OBBLIGO SCOLASTICO:

  COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

  .....

  .....

  .....
- DI ASSISTERE _L_ SIG._____ PORTATORE DI HANDICAP NON INFERIORE AL 70%, MALATO DI MENTE, ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (SOTTOLINEARE LA VOCE CHE INTERESSA);
- DI ESSERE GENITORE DEI SOTTO NOMINATI FIGLI MINORI

  COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

  .....

  .....

  .....
- DI AVER SUPERATO IL SESSANTESIMO ANNO DI ETA'
- DI AVER COMPIUTO IL VENTICINQUESIMO ANNO DI EFFETTIVO SERVIZIO.

FIRMA .....