

I.S.I.S.S. "E. MATTEI" - AVERSA
Prot. 0001873 del 13/03/2017
C-01 (Uscita)

Al Personale docente – Sede
Al Personale ATA - Sede

Oggetto: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale del personale docente, educativo ed ATA con rapporto di lavoro a tempo indeterminato BIENNIO 2017/2019

Si ritiene utile ricordare che, come ogni anno, come stabilito dall'O.M. 446 del 22/07/1997 ed integrata dall'O.M. 55 del 23/02/1998, **entro il 15/03/2017, devono essere presentate dal personale del comparto scuola con contratto a tempo indeterminato, le istanze:**

1. Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
2. Modifica delle ore settimanali e/o tipologia della prestazione lavorativa del personale già in regime di part – time;
3. Rientro a tempo pieno.

Si rammenta che il contratto di part – time è di **durata almeno biennale**.

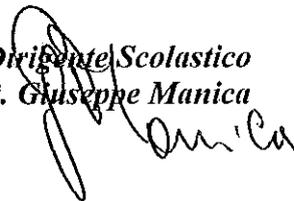
Al termine dei due anni non è necessaria alcuna richiesta di proroga se si decide di proseguire il rapporto di lavoro a part – time ,ovviamente sempre se la somma delle nuove richieste di part – time e dei taciti rinnovi non determini un numero complessivo di part time superiori al contingente previsto. **E' opportuno, pertanto, per redigere la relativa graduatoria, che tutti coloro che intendano avvalersi del tacito rinnovo compilino comunque, in via preventiva, il modello di domanda facendolo pervenire alla Scuola entro il 15/03/2017.**

Si allega:

1. Modello di domanda



Il Dirigente Scolastico
Dott. Giuseppe Manica



Domanda di rientro al tempo pieno, di trasformazione del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale, di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale (O.M. 22.07.1997, n. 446)

Al Dirigente Scolastico

_____ l. sottoscritto/a _____

nato/a _____ () il _____

Residente _____ Codice fiscale: _____

Personale docente di ruolo classe di concorso: _____

Titolare presso _____

in servizio presso _____

CHIEDE

- il rientro a tempo pieno
oppure
- la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:
- o tempo parziale orizzontale su tutti i giorni lavorativi:
- o tempo parziale verticale:
- per n. _____ ore settimanali e per n. _____ giorni settimanali
- o tempo parziale misto: _____
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:

DICHIARA

(Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione; negli altri casi occorre segnare, con una X accanto al numero e/o lettera, le parti che interessano)

	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 avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247.
	5) 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)
	6) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall'O.M. 446/97 - art 3 - in ordine di priorità :
	a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; dichiarare la percentuale di invalidità posseduta) _____
	b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. (dichiarare il nominativo e relazione parentela

c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; (come confermato dall'allegato certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali);
d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo; (dichiarare la data di nascita dei figli _____)
e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall'allegato 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

data _____

Firma

Riservato alla Istituzione scolastica :

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

Il Dirigente Scolastico

Data _____

DENOMINAZIONE SCUOLA

- Personale Docente ed ATA già in Part-Time o che ha chiesto il Part-Time (DI RUOLO IN PROVINCIA)

- PERSONALE INCARICATO A TEMPO DETERMINATO

- PERSONALE DI RUOLO IN ASSEGNAZIONE PROVVISORIA DA ALTRA PROVINCIA

Cognome e nome	Data di nascita	Prov. di nasc.	Classe di concorso e posizione giuridica	Anno sc. inizio part-time	Ore effettivo servizio

IL DIRIGENTE SCOLASTICO