All'Ufficio Scolastico Territoriale di Bergamo

Tramite il dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale "Cesare Zonca" di Treviolo

DOMANDA DI MODIFICA PART TIME

Dati dipendente

cognome ..... nome .....

nat..... a..... (prov.....) il ...../...../.....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in servizio presso

❑ primaria Albegno ❑ primaria Curnasco ❑ primaria Lallio

❑ secondaria 1° grado Treviolo ❑ secondaria 1° grado Lallio

qualifica

❑ collaboratore scolastico ❑ assistente amministrativo ❑ dsga

❑ docente di..... cl. concorso .....

Si richiede, ai sensi dell'art. 39 del C.C.N.L. (personale docente) e dell'art. 58 (personale ATA) e dell'O.M. 446 del 22 luglio 1997, la trasformazione del rapporto di lavoro

da tempo parziale a .....ore **a tempo parziale a .....ore**

con decorrenza 1 settembre 20....., sino a richiesta di revoca, secondo la seguente tipologia:

❑ tempo parziale orizzontale ➔ (su tutti i giorni lavorativi) per (ore ..... settimanali)

❑ tempo parziale verticale ➔ (articolazione su alcuni giorni settimanali) per (ore ..... settimanali)

❑ tempo parziale misto ➔ (combinazione verticale/orizzontale) per (ore ..... settimanali)

A tal fine si dichiara:

1. di avere n..... anni di servizio di ruolo (compreso il corrente anno scolastico);
2. di avere n..... anni di servizio preruolo riconosciuto o riconoscibile;
3. di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art. 3 comma 2, O.M. 446/97:
   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 18;
   c. ❑familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica: vedere l'unito certificato della 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 ❑genitori con figli n.....minori;
   f. ❑avere superato i 60 anni di età ovvero ❑aver compiuto 25 anni di servizio;
   g. l'esistenza di motivate esigenze di studio, come da unita documentazione.

Si allega la certificazione o a autodichiarazione personale attestante i titoli di precedenza.

Data, .../...../..... Firma del dipendente .....

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo Statale Cesare Zonca
Viale Papa Giovanni XXIII 40 – 24048 Treviolo (BG)
Tel: 035 691624 – 035 690763 Fax: 035691068
Cod. mecc. BGIC884001 Cod. fis. 95118670165
e-mail uffici: direzione@ictreviolo.it

Assunta al protocollo della scuola al n..... in data...../...../..... , si compone di istanza più n..... allegati.

Il dirigente scolastico
(prof. Lucio Marinelli)