

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE A.T.A.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ (prov.____)
titolare presso _____ in qualità di _____,
ai sensi 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;
- LA MODIFICA del precedente orario di *part-time* e/o tipologia dell'orario di servizio;
a decorrere dal 01/09/_____

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 _____

(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. 8 del D.lgs. n. 81/2015 ed all'art. 3 dell'O.M. n. 446/97;
 - 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 (**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'INPS**);
 - 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) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di Competenza (**documentare con idonea certificazione**).

Il/La 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 (solo per il personale ATA)

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

- 1) _____;
- 2) _____;
- 3) _____;

Data _____

Firma _____

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 (Regolamento UE 2016/679 - D.lgs. 10/08/2018 n° 101) e di aver preso visione dell'informativa allegata alla circolare "gestione contratti di lavoro *part-time* – Personale docente ed ATA – A.S. 2026/2027" pubblicata in data 11/02/2026 sul Sito Istituzionale.

Data _____

Firma _____