

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE

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'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) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza (**documentare con idonea certificazione**).

Il/La sottoscritto/a dichiara fin d'ora di accettare che l'articolazione oraria del *part time* (ovvero i giorni in cui verrà effettuata la prestazione lavorativa) sarà definita

annualmente in relazione alla compatibilità dell'orario richiesto con l'orario Definitivo delle lezioni che verrà elaborato all'inizio di ciascun anno scolastico, e di accettare altresì eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l'unicità dell'insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate in sede di adeguamento dell'organico di diritto alla situazione di fatto.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

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

Data _____

Firma

Firma di autocertificazione

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. 2026/202/" pubblicata in data 11/02/2026 sul Sito Istituzionale.

Data

Firma

••

••

••

••

••