

All' Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata
Piazza delle Regioni

85100 Potenza

drba@postacert.istruzione.it

(In carta semplice da inoltrare per il tramite del Dirigente Scolastico)

l sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____

Tel. cellulare* _____ e-mail * _____

docente di religione cattolica in servizio presso _____

ai sensi della vigente normativa

CHIEDE

- il rientro a tempo pieno;
- la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con decorrenza 1°settembre _____, **per almeno un biennio, fino a richiesta di revoca**, secondo la seguente tipologia:
- tempo parziale orizzontale** per n. ore _____ / _____
(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)
 - tempo parziale verticale:** per n. ore _____ / _____
(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)
 - tempo parziale misto:** _____
(articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle precedenti due modalità)
- la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all'orario di lavoro, nei seguenti termini: _____

DICHIARA:

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

(Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre alcuna dichiarazione; negli altri casi barrare con una X la cella accanto al numero e/o lettera di proprio interesse)

<input type="checkbox"/>	1) 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 giuridicamente ed economicamente riconosciuto);
<input type="checkbox"/>	2) di avvalersi di quanto previsto dalla Legge 24 dicembre 2007 n. 247(art. 1);
<input type="checkbox"/>	3) di essere in possesso dei titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall'art. 7, comma 4, del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 117/89 in ordine di priorità:
<input type="checkbox"/>	a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
<input type="checkbox"/>	b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18;
<input type="checkbox"/>	c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; (documentare con certificazione dell'ASL o delle preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali);

	d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
	e) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio;
	f) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega.

l sottoscritt_ 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:

Data _____

Firma del dichiarante

Allegare copia documento di identità in corso di validità

Riservato alla Istituzione scolastica:

Assunta al protocollo della scuola al n. _____ in data _____

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 _____