

All'Ufficio Scolastico Regionale
Ambito territoriale di _____
Tramite il Dirigente Scolastico dell'Istituto

Il/La sottoscritto/a **Cognome** : _____ **Nome** : _____

nato/a _____ prov. _____ titolare c/o _____
(per i docenti d'infanzia e primaria indicare l'istituto comprensivo)

in servizio nel corrente anno scolastico (2015/2016) c/o _____ in qualità di :

- Educatore
- Docente di scuola infanzia : posto comune sostegno
- Docente di scuola primaria : posto comune sostegno
- Docente scuola secondaria I° grado – classe concorso _____ AD00
- Docente scuola secondaria II° grado – classe concorso _____ ADO_____
- Personale A.T.A. – Profilo : AA AT CS

CHIEDE

la trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo pieno a tempo parziale** a decorrere dal
1° settembre 2016, con articolazione della prestazione lavorativa :

- su tutti i giorni della settimana (tempo parziale **orizzontale**) **O**
- su non meno di tre giorni la settimana (tempo parziale **verticale**) **V**
- astensione dal _____ al _____ (tempo parziale ciclico) **C**
(per il personale ATA)

per un totale di n° _____ ore settimanali

DICHIARA

- 1) di avere la seguente anzianità complessiva di servizio, escludendo l'anno in corso,
anni _____ di cui : di ruolo anni _____ non di ruolo _____
- 2) di essere in possesso di uno o più dei titoli di precedenza, previsti dall'art. 7 , comma 4, del
DPCM 117/1989, ulteriormente integrato dall'art. 1, comma 64, della legge 662/1996,
(specificare quali) _____

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali comprovanti i suddetti requisiti ai sensi del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 : _____

Data : _____ FIRMA : _____

Si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **E' COMPATIBILE** con l'organizzazione
dell'orario di servizio scolastico.

SI ESPRIME, pertanto, parere favorevole alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale - modifica oraria
del/la richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data _____

Da compilare