

All' Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata

Piazza delle Regioni

85100 Potenza

(Per il tramite del Dirigente Scolastico)

l sottoscritt_ _____ nat_ a _____

il _____ C.F. _____ Tel. _____ e-mail _____

docente di religione cattolica in servizio presso _____

CHIEDE

☐ il rientro a tempo pieno

oppure

☐ 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** su tutti i giorni lavorativi:
per n. _____ ore settimanali

☐ **tempo parziale verticale:**
per n. _____ ore settimanali per n. _____ giorni settimanali

☐ **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. 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 svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma;
<input type="checkbox"/>	2) di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma;
<input type="checkbox"/>	3) 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"/>	4) di avvalersi di quanto previsto dalla Legge 24 dicembre 2007 n. 247(art. 1);
<input type="checkbox"/>	5) 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;

	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*

*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

l sottoscritt_, altresì, 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.
(Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e D.M. 7.12.2006, n. 305)

Luogo e data

Firma

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 _____