# Domanda di rapporto di lavoro a tempo parziale

**All’Ufficio Scolastico Territoriale di Como**

**Tramite il Dirigente Scolastico**

## Il/La sottoscritto/a

nato/a a (prov.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare presso

 in qualità di Cl. di Concorso

# CHIEDE

## ai sensi dell’art. 39 (personale docente) o dell’art. 58 (personale A.T.A.) del C.C.N.L 29/11/2007 e dell’O.M. n. 446 del 22/7/1997,

* **LA TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale
* **LA MODIFICA** del precedente orario di part-time

**a decorrere dal 01/09/2025** e secondo la seguente tipologia:

* + **tempo parziale orizzontale** (su tutti i giorni lavorativi) per n. ore /
	+ **tempo parziale verticale** (su non meno di 3 giorni lavorativi sett.) per n. ore /
	+ **tempo parziale misto** (combinazione verticale/orizzontale) per n. ore /

# oppure COMUNICA

## la volontà di **CONFERMA** del rapporto di lavoro a tempo parziale in essere nel biennio 2025/27

### A tale fine dichiara:

* di avere n° \_\_\_ anni di servizio di ruolo (compreso il corrente anno scolastico);
* di avere n° \_\_\_ anni di servizio pre-ruolo riconosciuto o riconoscibile;
* di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall’art. 3, comma 2, O.M. 446/97:
	+ portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
	+ persone a carico per le quali è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18;
	+ familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica: vedere l’unito certificato della A.S.L. o delle preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali;
	+ figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell’obbligo;
	+ familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, genitori con n figli minori **(sottolineare la situazione che interessa)**;
	+ aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio (**sottolineare la situazione che interessa**);
	+ esistenza di motivate esigenze di studio, come da unita documentazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole, in caso di eventuale trasferimento o di passaggio ad altro ruolo, di dover comunicare al Dirigente dell’Istituzione scolastica d’arrivo l’ottenimento del tempo part-time.

Allega la certificazione o autodichiarazione personale attestante i titoli di precedenza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(luogo e data) (firma)**

### (Riservato alla Istituzione scolastica)

Assunta al protocollo della Scuola al n. \_\_\_\_\_\_\_ in data .

Si dichiara che la richiesta e l’orario di riduzione di lavoro a tempo parziale **è compatibile/non è compatibile** con l’organizzazione dell’orario di servizio scolastico. **SI ESPRIME,** pertanto, parere **favorevole/sfavorevole** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente.

Il Dirigente Scolastico