

Domanda di nuovo part-time a.s. 2026/2027

Al Dirigente Scolastico

Cognome _____ Nome _____ nat ____
a _____ (prov. ____) il _____
C.F. _____ Tel _____
e-mail _____

*titolare presso _____

*(per i docenti di scuola materna, primaria, I Grado: **indicare l'istituto comprensivo** non il plesso) in servizio nel corrente anno scolastico **2025/2026** in qualità di:

- Educatore
- Docente di Scuola Infanzia: ☐ Posto Comune ☐ Sostegno
- Docente di Scuola Primaria: ☐ Posto Comune ☐ Sostegno
- Docente di Scuola Secondaria I Grado: classe di concorso _____
- Docente di Scuola Secondaria II Grado: classe di concorso _____
- Personale ATA – Profilo: ☐ AA ☐ AT ☐ CO ☐ GA ☐ IF ☐ CS ☐ CR

CHIEDE

la **trasformazione** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale a decorrere dal **01/09/2026** e 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**, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46,47 e 48 del DPR 445/2000 e a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del medesimo DPR 445/2000):

- 1) di avere l'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 seguenti titoli di precedenza previsti dall'art. 3 dell'O.M. 446/97:

- ☐ portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
- ☐ persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18;
- ☐ familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica;
- ☐ figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo;
- ☐ 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;
- ☐ aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;
- ☐ esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza.

***Allegare i documenti e/o dichiarazioni personali comprovanti i suddetti requisiti ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445**

_ I_ 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.

Data _____ firma _____

_ I_ sottoscritt_ 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 D.lgs. 196/03, Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____ firma _____

Riservato alla istituzione scolastica:

Assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____. Si compone di n. _____ allegati.

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a, valutata la richiesta di riduzione dell'orario di lavoro a tempo parziale, si esprime:

☐

PARERE FAVOREVOLE alla trasformazione e/o modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale in quanto l'orario richiesto è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio.

☐

PARERE NEGATIVO per le motivazioni di cui alla allegata relazione.

Data _____

Il Dirigente Scolastico
