



UNIONE EUROPEA

FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO - FESR



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia  
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV



I.S.I.S. G. Di Vittorio  
LADISPOLI

## ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE

### "Giuseppe Di Vittorio - Ladispoli"

Via Yvon De Begnac, 6 - 00055 Ladispoli (RM) - Distretto scol. n°30 - Cod. Mecc. RMIS05900G - C.F. 91038400585  
Tel. 06121126000 Fax. 06/99221829 - Sito: [www.isisdivittorio.gov.it](http://www.isisdivittorio.gov.it) - e-mail: [rmis05900g@istruzione.it](mailto:rmis05900g@istruzione.it) PEC: [rmis05900g@pec.istruzione.it](mailto:rmis05900g@pec.istruzione.it)  
CAT-AFM - Via Y. De Begnac, 6 Cod. mecc. RMTD05901T Tel. 06/121126000 Fax. 06/99221829 mailto: info@isisdebegnac.net  
I.P.S.A.R. - Via Federici, snc Cod. mecc. RMRH05901Q Tel. 06/121126805 Fax. 06/9912174 mailto: ipsar.ladispoli@gmail.com

Prot. n. 1245/A02

AI DOCENTI  
AL PERSONALE ATA  
SEDI

## CIRCOLARE N. 156

**OGGETTO: TRASFORMAZIONE RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE: PERSONALE DOCENTE, EDUCATIVO ED ATA - A.S- 2017/18.**

CON LA NOTA PROT. N. 3661 DEL 22/02/2017 SI RICHAMA L'ATTENZIONE SUL TERMINE ULTIMO, FISSATO AL **15 MARZO DI CIASCUN ANNO** PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE INTESE AD OTTENERE LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE.

IL PERSONALE DOCENTE ED ATA CHE ABBA INTERESSE DOVRÀ PRESENTARE ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA DI TITOLARITÀ O DI SERVIZIO, ENTRO LA PREDETTA DATA DEL 15 MARZO, LA RELATIVA DOMANDA, REDATTA IN CONFORMITÀ DEGLI ALLEGATI N. 1 E N. 2.

#### ALLEGATI:

ALL. N. 1 - DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE - PERSONALE DOCENTE;

ALL. N. 2 - DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE - PERSONALE ATA;

Ladispoli, 24/02/2017



Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Vincenza La Rosa

*Vincenza La Rosa*

## MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE

Al Dirigente dell'Ufficio VI  
Ambito territoriale della provincia di  
ROMA,

Viale Giorgio Ribotta, 41 ROMA

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di titolarità

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(prov.) il \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_  
in qualità di docente di scuola \_\_\_\_\_, ai sensi del C.C.N.L. 29/11/2007 -  
Comparto Scuola e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

### CHIEDE

- LA TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
- LA MODIFICA del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;  
**a decorrere dal 01/09/\_\_\_\_\_ 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:

1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa \_\_\_\_\_ mm: \_\_\_\_\_ gg: \_\_\_\_\_;

2) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:

- portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; **(documentare con dichiarazione personale)**
- persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18; **(documentare con dichiarazione personale)**
- familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; **(documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commiss. Sanitarie Provinciali);**
- figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; **(documentare con dichiarazione personale);**
- 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; **(documentare con dichiarazione personale);**
- esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; **(documentare con idonea certificazione).**  
( *Barrare la casella di interesse* )

DICHIARA inoltre:

di non voler intraprendere altra attività lavorativa  
ovvero

di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (l'orario part time richiesto non può superare il 50% di 36 h)

**\_ 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.**

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma di autocertificazione**

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 -da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

Il sottoscritto 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 Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

---

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA .....  
SI COMPONE DI N. .... ALLEGATI.

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a, 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.

Eventuale:

Circa la dichiarazione di altra attività lavorativa che l'interessato/a ha dichiarato con la presente domanda di voler svolgere, si esprime il seguente parere in ordine alla compatibilità :

\_\_\_\_\_

**SI ESPRIME infine**, parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

## MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE A.T.A.

Al Dirigente dell 'Ufficio VI  
Ambito territoriale della provincia di  
ROMA,

Viale Giorgio Ribotta, 41 ROMA

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di titolarità

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_ a \_\_\_\_\_  
(prov.) il \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_, ai sensi del C.C.N.L. 29/11/2007 -  
Comparto Scuola e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

### CHIEDE

**-LA TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;

**-LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;

**a decorrere dal 01/09/\_\_\_\_\_ 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:

1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa \_\_\_\_\_ mm: \_\_\_\_\_ gg: \_\_\_\_\_;

2) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:

- o portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; **(documentare con dichiarazione personale)**
- o persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18; **(documentare con dichiarazione personale )**
- o familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; **(documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commiss. Sanitarie Provinciali);**
- o figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; **(documentare con dichiarazione personale );**
- o 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; **(documentare con dichiarazione personale );**
- o esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; **(documentare con idonea certificazione).**  
( *Barrare la casella di interesse* )

DICHIARA inoltre:

di non voler intraprendere altra attività lavorativa  
ovvero

di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (l'orario part time richiesto non può superare il 50% di 36 h)

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

---

Data \_\_\_\_\_

**Firma di autocertificazione**

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 -da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

Il sottoscritto 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 Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

---

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA .....  
SI COMPONE DI N. .... ALLEGATI.

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a, 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.

Eventuale:

Circa la dichiarazione di altra attività lavorativa che l'interessato/a ha dichiarato con la presente domanda di voler svolgere, si esprime il seguente parere in ordine alla compatibilità :

---

**SI ESPRIME infine**, parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....