**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME a.s. 2025-26 – PERSONALE DOCENTE/ EDUCATIVO**

***Al Dirigente***

***Ufficio XI - Ambito Territoriale per la Provincia***

***di REGGIO EMILIA***

***(per il tramite del Dirigente Scolastico)***

**OGGETTO: Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale**

**(O.M. n. 446 del 22/07/1997).**

\_l\_\_sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ DOCENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DI :**

□ SC. INFANZIA □ SC. PRIMARIA □ I.R.C. (infanzia/primaria)

□ 1° GRADO □ 2° GRADO □ I.R.C. Classe di Conc. \_\_\_\_\_\_

□ POSTO COMUNE □ POSTO SOSTEGNO

**□** EDUCATORE

**C H I E D E**

la trasformazione del proprio rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale **(1)** ……………………………. per n. ………. ore settimanali a partire **dall'a.s. 2025/26**

A tal fine dichiara:

(ai sensi del DPR 28 dicembre 200 n.445 “Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

1. di avere un'anzianità di ruolo di anni ………. e di pre-ruolo di anni ……….., quindi un'anzianità complessiva, riconosciuta o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di anni ………….
2. non svolgerà altra attività di lavoro

svolgerà la seguente attività di lavoro autonomo/subordinato ……………………………………………………………………………… che non intercorre con altra amministrazione pubblica ai sensi dell’art. 1, comma 58, della Legge n. 662/96;

1. di possedere i seguenti titoli di precedenza:
   1. portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (**documentare con dichiarazione personale**);
   2. lavoratori che assistono una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa che abbia connotazione di gravità ai sensi dell’art. 3, comma 3, della L.104/92 (**documentare con certificazione o copia rilasciata dell’ASL o da Commissioni Sanitarie Provinciali**);
   3. familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (**documentare con dichiarazione personale**);
   4. figli di età non superiore a tredici anni (**documentare con dichiarazione personale**);
   5. familiari di studenti con sindrome DSA (**documentare con dichiarazione personale**);
   6. familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiori al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero (**documentare con dichiarazione personale**);
   7. esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall’Amministrazione di appartenenza (**documentazione con idonea certificazione**).
   8. aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;

\_l\_ sottoscritt\_ dichiara fin d’ora di accettare che l’articolazione oraria del tempo parziale (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 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 (Circolare Funzione Pubblica n. 9 del 30 giugno 2011).

Data ………………………….. Firma ……………………………………….

**(1)** **Orizzontale** (con articolazione delle prestazioni del servizio su tutti i giorni lavorativi) - **Verticale** (su non meno di tre giorni alla settimana).

**Riservato all’Istituzione Scolastica:**

Richiesta assunta al protocollo della scuola al N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preso atto della dichiarazione resa dell’interessat\_\_, 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/modifica del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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