INSEGNANTI FORMAZIONE PROFESSIONALE
- RICHIESTA ARTICOLAZIONE ORARIO PLURIENNALE

AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO
GESTIONE DEL PERSONALE DELLA SCUOLA E
RELAZIONI SINDACALI
UFFICIO RAPPORTO DI LAVORO E MOBILITÀ DEL
PERSONALE SCOLASTICO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____ MATRICOLA _____

DIPENDENTE DI RUOLO DAL ___ / ___ / _____ QUALE INSEGNANTE FORMAZIONE PROFESSIONALE
_____ (INDICARE LA MATERIA DI INSEGNAMENTO)

ASSEGNATO/A ALL'ISTITUTO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DI _____

C H I E D E

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale nell'arco di un quinquennio, ai sensi dell'art. 29 CCPL 7.8.2007. Chiede inoltre di poter fruire del periodo di riposo nell'anno scolastico:

- 2016/17 (anzianità di servizio di almeno 20 anni)
- 2017/18 (anzianità di servizio di almeno 20 anni)
- 2018/19 (anzianità di servizio di almeno 15 anni)
- 2019/20 (anzianità di servizio di almeno 10 anni)
- 2020/21 (anzianità di servizio di almeno 10 anni)

ai fini della formazione dell'eventuale graduatoria, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (articolo 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

dichiara

di convivere con:

figli propri e/o del coniuge/compagno/a /convivente, di **età inferiore a 6 anni:** (indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):

figli propri e/o del coniuge/compagno/a/convivente, di **età compresa tra 6 e 14 anni:** (indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):

figli propri e/o del coniuge/compagno/a/convivente, di età compresa tra 14 e 18 anni: (indicare cognome, nome e data di nascita e codice fiscale):

di essere:

- affetto/a da grave debilitazione psico-fisica
- affetto/a da grave patologia
- invalido/a _____ (specificare se del lavoro/civile o per servizio) con un grado invalidità pari ____%

di assistere il/la sig./sig.ra

(indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, grado di parentela del familiare e codice fiscale), per cui si è beneficiario unico di permessi ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 ¹;

di assistere con carattere di continuità ed esclusività il/la sig./sig.ra

(indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, grado di parentela e codice fiscale del familiare convivente), che necessita di assistenza (barrare la voce che interessa):

- a seguito di grave debilitazione psico-fisica
- in quanto soggetto a fenomeni di tossicodipendenza/alcoolismo
- in quanto affetto/a da gravi patologie
- in quanto anziano non autosufficiente
- in quanto invalido al 100%

di frequentare l'università di _____ ovvero la scuola secondaria superiore _____

di avere superato il 50° anno di età.

**AI FINI DELL'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO
ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

.....
.....
.....

Data

Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore
- sottoscritta in presenza del dipendente della segreteria dell'istituto incaricato al ricevimento della domanda (indicare in stampatello il nome del dipendente)

¹ deve trattarsi del familiare per il quale il dipendente ha già ottenuto la concessione delle agevolazioni di cui all'art. 33 della legge 05.02.1992, n. 104.

RISERVATO AL DIRIGENTE

Il sottoscritto, esaminata l'istanza presentata dal/dalla docente _____

RITIENE

- che le indicazioni formulate dal/dalla docente **sono compatibili** con le esigenze organizzative scolastiche;
- che le indicazioni formulate dal docente **non sono compatibili** con le esigenze organizzative scolastiche per le seguenti motivazioni:

**e quindi propone
che la il periodo di riposo venga effettuato nell'anno formativo**

attesta che il/la dipendente

concorda

non concorda con la proposta suddetta

Data

Il Dirigente

▪