



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

MODELLO C

**AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO
E LA GESTIONE DEL PERSONALE
DELLA SCUOLA**
Ufficio rapporto di lavoro e mobilità
del personale della scuola

**RICHIESTA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO IN CONSISTENZE ORARIE
NON RIENTRANTI NEGLI INTERVALLI TRA LE 12 E LE 20 ORE PER LA SCUOLA PRIMARIA
E TRA LE 8 E LE 15 ORE PER LA SCUOLA SECONDARIA.**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

docente di ruolo di:

☐ **SCUOLA PRIMARIA SU POSTO**

☐ COMUNE ☐ SOSTEGNO ☐ LINGUA STRANIERA ☐ I.R.C. ☐ ALTRO

☐ **SCUOLA SECONDARIA DI** ☐ 1° GRADO ☐ 2° GRADO

☐ CL. DI CONCORSO _____

titolare presso l'Istituto _____

☐ con rapporto di lavoro a tempo pieno pari a n. _____ ore settimanali

CHIEDE LA TRASFORMAZIONE

- della tipologia oraria in

☐ orizzontale ☐ verticale ☐ mista

- pari a numero _____ ore settimanali.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai 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 (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

☐ di avere un'anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera corrispondente ad anni _____ e mesi _____;

Provincia autonoma di Trento

Sede Centrale: Piazza Dante, 15 - 38122 Trento - T +39 0461 495111 - www.provincia.tn.it - C.F. e P.IVA 00337460224

☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza:

- ◇ a) portatori di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
- ◇ b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11/02/1980, n. 18;
- ◇ c) familiari a carico, portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica;
- ◇ d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
- ◇ e) familiari che assistono persone portatrici di handicap mentali o fisici non inferiore al 70%, anziani non autosufficienti;
- ◇ f) genitori con nfigli minori;
- ◇ g) aver superato i 60 (sessanta) anni di età ovvero aver compiuto 25 (venticinque) anni di effettivo servizio;
- ◇ h) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'amministrazione di competenza;

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell' Informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016, allegata alla circolare relativa alle richieste di part-time.

(data) _____ (firma) _____

Autentica della firma del dipendente e attestazione di assunzione a protocollo.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

- ☐ sottoscritta in mia presenza e il dipendente è stato identificato mediante _____;
- ☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dipendente.

La presente domanda è stata assunta a protocollo nr _____ il _____.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il sottoscritto Dirigente scolastico, esaminata l'istanza presentata dal/dalla docente
_____ (indicare nome e cognome del 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 prestazione lavorativa a tempo parziale sia effettuata con tipologia:

☐ orizzontale ☐ verticale ☐ mista

pari a n. ore settimanali: _____

verificando che il/la docente concorda ☐ non concorda ☐ con la proposta suddetta.

FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data