

**PERSONALE ASSISTENTE EDUCATORE****RICHIESTA RINVIO O RINUNCIA PERIODO DI RIPOSO  
DELL'ARTICOLAZIONE ORARIO PLURIENNALE****AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO  
E LA GESTIONE DEL PERSONALE  
DELLA SCUOLA  
Ufficio rapporto di lavoro e mobilità  
del personale della scuola**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_

DIPENDENTE DI RUOLO DAL \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ NEL PROFILO DI  
TITOLARE PRESSO LA SCUOLA PROVINCIALE DI \_\_\_\_\_**Articolazione pluriennale dell'orario di lavoro art. 13 Accordo di data 4.10.2018**

criteri e le modalità per la fruizione dell'articolazione pluriennale dell'orario di lavoro sono stati approvati con Determinazione del Dirigente del Dipartimento Istruzione e cultura n. 16 di data 8 luglio 2019.

**C H I E D E****IL RINVIO DEL PERIODO DI RIPOSO** dall'anno scolastico \_\_\_\_\_ all'anno scolastico \_\_\_\_\_.**LA RINUNCIA** del periodo di riposo richiesto per l'anno scolastico \_\_\_\_\_**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 il \_\_\_\_\_ con prot. n. \_\_\_\_\_.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

\_\_\_\_\_

**RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dirigente scolastico, esaminata l'istanza presentata dal/dalla dipendente \_\_\_\_\_ (indicare nome e cognome del docente)

**RITIENE**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

verificando che il/la dipendente concorda  non concorda  con la proposta suddetta.

FIRMA DEL DIPENDENTE

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data \_\_\_\_\_