

PERSONALE ATA
RICHIESTA TRASFORMAZIONE NON TEMPORANEA

Spett.le
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Servizio Personale della scuola e attività contabili
Ufficio rapporto di lavoro e relazioni sindacali del
personale della scuola
Via Gilli 3 – 38121 TRENTO

Riservato al protocollo

Io sottoscritt _____, matricola _____ nat _____ a
_____ il _____, dipendente a tempo indeterminato dal _____
nel _____ profilo _____ di _____
_____ titolare presso l'istituzione
scolastica/formativa _____

superato il periodo di prova SI ☐ NO ☐

dichiaro

☐ di essere portatore di handicap riconosciuto ai sensi della L. 104/92 e ss.mm.

☐ di essere invalido civile con grado di invalidità superiore al 46%,

ovvero

☐ **invalido** (indicare altro tipo di invalidità) _____ con grado di riconoscimento _____%

☐ **soggetto a malattia grave e cronica**

CHIEDE LA TRASFORMAZIONE NON TEMPORANEA
del rapporto di lavoro a tempo parziale a decorrere dal 1° settembre 2015

di durata: ☐ **18** ore settimanali ☐ **21** ore settimanali ☐ **24** ore settimanali ☐ **30** ore settimanali

e con tipologia:

☐ **orizzontale** con prestazione lavorativa settimanale articolata su ☐ 5 giorni o ☐ 6 giorni
giorno non lavorativo _____ con:

☐ **orario antimeridiano** ☐ **orario pomeridiano** ☐ **orario misto**

☐ **verticale settimanale** con prestazione lavorativa articolata su ☐ 3 giornate ☐ 4 giornate

(indicare i giorni) _____

☐ **verticale annuale** con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno
_____ e articolata
su ☐ 5 giorni o ☐ 6 giorni settimanali

per la durata di: ☐ 6 mesi ☐ 7 mesi ☐ 8 mesi ☐ 10 mesi

Ai fini dell'attribuzione del punteggio per la formazione della graduatoria,

allego

la seguente documentazione:

inoltre

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci richiamate dall'art. 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 (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARO

☐ di **convivere con:**

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

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

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

come risulta dagli atti del Comune di residenza,

☐ di **essere**:

- ☐ portatore di handicap riconosciuto ai sensi della L. 104/92 e ss.mm.
- ☐ affetto da grave debilitazione psico-fisica
- ☐ affetto da grave patologia
- ☐ invalido (specificare se del lavoro/civile) con un grado invalidità pari al ____%

☐ di **assistere** il/la sig./sig.ra _____

(indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, codice fiscale e grado di parentela) 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
- ☐ anziano non autosufficiente

☐ di **frequentare** l'Università di _____ ovvero la scuola secondaria superiore _____ (indicare la scuola ed il corso di studi - ovvero l'università frequentata/facoltà/corso di studi ed eventualmente sede)

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e 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) _____

RISERVATO AL DIRIGENTE

Il sottoscritto Dirigente, presa visione dell'istanza presentata dal__ dipendente _____

ritiene

- ☐ che le indicazioni formulate dal__ dipendente **sono compatibili** con le esigenze organizzative dell'Istituto/Servizio;

(oppure)

- ☐ che le indicazioni formulate dal__ dipendente **non sono compatibili** con le esigenze organizzative dell'Istituto/Servizio per le seguenti motivazioni:

e quindi propone

che la prestazione lavorativa a tempo parziale venga effettuata come di seguito indicato:

di durata: ☐ **18** ore settimanali ☐ **21** ore settimanali ☐ **24** ore settimanali ☐ **30** ore settimanali

e con tipologia:

- ☐ **orizzontale** con prestazione lavorativa settimanale articolata su ☐ 5 giorni o ☐ 6 giorni
giorno non lavorativo _____ con:

- ☐ **orario antimeridiano** ☐ **orario pomeridiano** ☐ **orario misto**

- ☐ **verticale settimanale** con prestazione lavorativa articolata su ☐ 3 giornate ☐ 4 giornate

(indicare i giorni) _____

- ☐ **verticale annuale** con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno
_____ e articolata
su ☐ 5 giorni o ☐ 6 giorni settimanali

per la durata di durata: ☐ 6 mesi ☐ 7 mesi ☐ 8 mesi ☐ 10 mesi

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

Data _____

(timbro e firma del Dirigente)