



**PERSONALE A T A
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 _____