



**MODELLO F**  
(solo per il personale  
privo di titolarità)

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

**PERSONALE A.T.A.**  
**RICHIESTA TRASFORMAZIONE**  
**TEMPORANEA ANNUALE**  
(modulistica da utilizzare esclusivamente dal  
personale senza titolarità)

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

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

**CHIEDE LA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA ANNUALE**

**del rapporto di lavoro a tempo parziale a decorrere dal 1° settembre \_\_\_\_\_<sup>1</sup>**

**corrispondente a:**

18 ore settimanali     21 ore settimanali     24 ore settimanali     30 ore settimanali

**tipologia:**

**orizzontale**                      con prestazione lavorativa settimanale articolata su  5 giorni o  6 giorni  
giorno **non** lavorativo \_\_\_\_\_

con orario:

**antimeridiano**             **pomeridiano**             **misto**

**verticale settimanale**    con prestazione lavorativa articolata su  3 giorni     4 giorni

(indicare i giorni) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> INSERIRE ANNO SCOLASTICO

**verticale annuale** con prestazione lavorativa articolata su  **5 giorni** o  **6 giorni settimanali**

e concentrata nei seguenti mesi dell'anno:

gennaio  febbraio  marzo  aprile  maggio  giugno

luglio  agosto  settembre  ottobre  novembre  dicembre

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 compresa tra 0 e 3 anni**: (indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):

---

---

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 3 e 8 anni**: (indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):

---

---

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 8 e 16 anni**: (indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):

---

---

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 16 e 18 anni**: (indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):

---

---

come risulta dagli atti del Comune di residenza

di essere in possesso dei sottoelencati requisiti richiesti per l'attribuzione del punteggio per i quali:

- indico gli estremi identificativi dei documenti ed il procedimento per il quale sono stati già presentati all'Amministrazione (ad esempio: mobilità 2019/2020)

\_\_\_\_\_

- mi impegno ad inoltrare relativa documentazione secondo le modalità e le tempistiche previste nella circolare

di essere:

- affetto da grave debilitazione psico-fisica
- affetto da grave patologia anche temporanea
- disabile certificato ai sensi della L. 104/92 e ss.mm.
- invalido (specificare se del lavoro/civile) con un grado invalidità pari al \_\_\_\_\_%

di convivere con familiare di età superiore a 75 anni (indicare cognome, nome, data di nascita, codice fiscale e grado di parentela del familiare convivente):

\_\_\_\_\_

come risulta dagli atti del Comune di residenza

di beneficiare dei permessi accordati ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 <sup>1</sup> per assistere il/la sig./sig.ra (indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, codice fiscale e grado di parentela del familiare):

\_\_\_\_\_

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/alcolismo
- in quanto affetto/a da gravi patologie
- in quanto non autosufficiente
- in quanto invalido al 100%

di avere superato il 50° anno di età.

di frequentare l'Università o una scuola secondaria superiore.

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.

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) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> deve trattarsi del familiare che il dipendente assiste ai sensi dell'art. 33 della legge 05.02.1992, n. 104 e ss.mm.

**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:

**corrispondente a:**

- 18** ore settimanali       **21** ore settimanali       **24** ore settimanali       **30** ore settimanali

**con tipologia:**

- orizzontale**                      con prestazione lavorativa settimanale articolata su  **5 giorni** o  **6 giorni**  
giorno **non lavorativo**\_\_\_\_\_

con orario:  antimeridiano               pomeridiano               misto

- verticale settimanale**      con prestazione lavorativa articolata su  **3 giorni** o  **4 giorni**

nelle giornate di \_\_\_\_\_

- verticale annuale**              con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno

gennaio  febbraio  marzo  aprile  maggio  giugno

luglio  agosto  settembre  ottobre  novembre  dicembre

articolata su  **5 giorni** o  **6 giorni** settimanali con rientro pomeridiano (ove previsto) nelle giornate di

\_\_\_\_\_

per la durata di:                       **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)