



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



MODELLO A

**PERSONALE ATA
RICHIESTA TRASFORMAZIONE NON TEMPORANEA**

**AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO
E LA GESTIONE DEL PERSONALE DELLA
SCUOLA**

**Ufficio gestione del rapporto di lavoro del
personale della scuola – esami di Stato**

Il 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

dichiara

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**

¹

di durata pari a:

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

¹INSERIRE ANNO

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)

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

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

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 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 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 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

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

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 con carattere di continuità 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 la sede)

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 addetto)

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:

durata: **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 giornate 4 giornate

(indicare i giorni)

verticale annuale

con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno

gennaio febbraio marzo aprile maggio giugno

luglio agosto settembre ottobre novembre dicembre

e articolata su 5 giorni 6 giorni settimanali

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

il/la dipendente concorda non concorda

con la proposta suddetta.

(firma del dipendente)

(timbro e firma del Dirigente scolastico)

Data _____