



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

MODELLO B

**PERSONALE ATA
RICHIESTA MODIFICA CONSISTENZA ORARIA
PART-TIME NON TEMPORANEO**

**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

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

con rapporto di lavoro a tempo parziale pari a:

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

**CHIEDE LA MODIFICA DELLA CONSISTENZA ORARIA
a decorrere dal 1° settembre _____¹**

corrispondente a:

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 **pomeridiano** **misto**

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

(indicare i giorni)

¹INSERIRE ANNO

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 durata: **6 mesi** **7 mesi** **8 mesi** **10 mesi**

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 articolata su **5 giorni** o **6 giorni settimanali**
(giorno non lavorativo _____)

con orario

antimeridiano pomeridiano misto

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

(indicare i giorni)

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**

il/la dipendente concorda non concorda

con la proposta suddetta.

(firma del dipendente)

(timbro e firma del Dirigente scolastico)

Data _____