



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 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 _____

superato il periodo di prova SI NO

CHIEDE LA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA ANNUALE

del rapporto di lavoro a tempo parziale a decorrere dal 1° settembre _____¹

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) _____

¹ 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. 104¹ 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) _____

¹ 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**

il/la dipendente **concorda** **non concorda** con la proposta suddetta.

(firma del dipendente)

(timbro e firma del Dirigente scolastico)

Data _____