



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

TRENTINO

**MODELLO B**  
a.s./a.f. \_\_\_\_/\_\_\_\_

**PERSONALE ATA  
RICHIESTA TRASFORMAZIONE NON TEMPORANEA**

*Riservato al protocollo*

**Al Servizio per il reclutamento e gestione del personale della scuola**

**Ufficio rapporto di lavoro e mobilità del personale scolastico**

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

**dichiaro**

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 \_\_\_\_\_**

**di durata:**  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    orario pomeridiano    orario 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  
\_\_\_\_\_ e 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**

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 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**:
- 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** 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 sede)

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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 in presenza del dipendente della segreteria dell'Istituto incaricato al ricevimento della domanda (indicare in stampatello il nome del dipendente) \_\_\_\_\_

**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:

**di durata:**     **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**     **orario pomeridiano**     **orario 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  
\_\_\_\_\_ e articolata  
su  5 giorni o  6 giorni settimanali

**per la durata di durata:**             **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)